

Solicitud para beneficios adjunta Attached Application for Benefits

(Se puede utilizar la solicitud adjunta para solicitar cualquiera de los siguientes programas.)
(The attached application can be used to apply for any of the following programs.)

Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés) conocido antes como el Programa de Cupones para Alimentos (o FSP por sus siglas en inglés)

SNAP ayuda a los hogares de escasos recursos e ingresos para que puedan comprar los alimentos que necesiten con el fin de tener una buena salud. Los hogares califican para recibir SNAP según los recursos del hogar, los ingresos y ciertos gastos. Si el hogar califica y es elegible, los beneficios de SNAP son transferidos a una Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT por sus siglas en inglés) para que las personas en el hogar puedan comprar comida.

SNAP sigue las normas y el reglamento establecido por el gobierno federal.

Ayuda para Menores Dependientes (ADC)

El programa de Ayuda para Menores Dependientes (ADC), provee pagos de dinero y/o cobertura médica a padres elegibles y menores dependientes que tienen 18 años de edad o menos, los cuales califican para el programa porque su familia tiene poco o ningún ingreso. Puede que la participación en Employment First (Empleo Primero) sea requerida.

Employment First (EF) (Empleo Primero) es el nombre del programa de reforma de Ayuda Social de Nebraska. La meta de EF es ayudar a familias a lograr auto-suficiencia económica a través de preparación para capacitación, educación y empleo. EF está estructurado para ayudar a familias por medio de la transición de recibir ayuda social a ponerse a trabajar.

Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

El LIHEAP puede brindar ayuda a hogares elegibles pagando parte de las facturas de calefacción durante el invierno, corte de servicios públicos, tanques vacíos o que contienen poco combustible, depósitos de servicios públicos, aire acondicionado y la reparación o reemplazo de la unidad de calefacción.

Cuidado Infantil (CC)

El Programa de Cuidado Infantil ayuda a padres elegibles y cuidadores a pagar por el costo del cuidado infantil mientras ellos están en su trabajo, asisten a capacitaciones relacionadas con empleo o escuela, o participan en otra actividad aprobada.

Dependiendo de los ingresos de la familia, es posible que ésta se haga responsable por una parte del costo.

Programa de Reestablecimiento de Refugiados (RRP)

El RRP puede proveer ayuda económica y médica a personas que no son elegibles para otros programas para lograr auto-suficiencia económica. La ayuda puede estar disponible a adultos solteros o parejas sin hijos durante los primeros 8 meses después de su llegada a los Estados Unidos.

Medicaid

El programa de ayuda médica de Nebraska (Medicaid) puede ayudarle a pagar por ciertos servicios de cuidado de salud para familias e individuos elegibles, los cuales incluyen las siguientes personas:

- Padre(s) con menores dependientes
- Menores que tienen menos de 19 años
- Mujeres embarazadas
- Personas que son ancianas, ciegas, y discapacitadas.

Ayuda para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD)

El programa de AABD provee pagos y/o cobertura médica a individuos o parejas que:

- Tienen 65 años de edad o más
- Son calificados como discapacitados total y permanentemente o ciegos total y permanentemente
- Tienen una discapacidad temporal que durará por lo menos 6 meses
- Necesitan ayuda para pagar la parte B de su cuota de Medicare

Nota: Los individuos no son elegibles para los seguros "Blue Cross/Blue Shield" Comprehensive Health Insurance Pool (CHIPs) y Medicaid al mismo tiempo.

Kids Connection (KC)

Los menores de 19 años o menos que no tienen seguro médico pueden ser elegibles para Kids Connection, un programa de Medicaid para menores calificados sin seguro.

Ejecución de la Manutención Infantil (CSE)

Cualquier persona que tenga un menor y necesite ayuda para establecer la paternidad del mismo recibirá los Servicios de la Ejecución de Manutención Infantil. Los Servicios de CSE también ayudarán en la obtención de una orden del juzgado, o en el cobro de pagos de manutención infantil actuales o vencidos.

Otros Servicios

Otros servicios disponibles que le permiten a una persona elegible permanecer en su propio hogar son:

- Servicios de Ayuda Personal
- Quehaceres
- Transporte
- Cuidado de Adultos
- Comida
- Relevos para el descanso del cuidador (Respite)



Conéctese en línea:

ACCESSNebraska.ne.gov

- Revise los servicios a los que usted califica y es elegible
 - Solicite beneficios
 - Reporte cambios

Responda a todas las preguntas de la solicitud. Muchas preguntas pueden ser contestadas con un “sí” o “no”. Puede que se le pida proveer más información.

- **Usted tiene que llenar la solicitud entera antes de que podamos determinar su elegibilidad.**
- Usted puede entregar una solicitud con solamente su nombre, dirección, y firma en la página 2. Un representante autorizado puede firmar la solicitud para usted. Si usted entrega una solicitud, nos comunicaremos con usted.
- Para los beneficios de SNAP, vamos a emitir los beneficios según la fecha que recibimos su solicitud.
- Los hogares elegibles para los servicios acelerados pueden recibir los beneficios de SNAP dentro de 7 días.

Los diferentes programas requieren prueba de alguna o todas las fuentes mencionadas a continuación:

Miembros del hogar - Actas de nacimiento o pruebas de identificación, edad, y las relaciones familiares, números de seguro social (SSNs), ciudadanía o estado migratorio. Para mayor información sobre cómo se utilizan los números de seguro social, consulte la sección de Requerimientos/Derechos y Responsabilidades del programa dentro del paquete de información el cual hace parte de esta solicitud.

Recursos - Cuentas corrientes y de ahorro, acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas de jubilación incluyendo los planes IRA y Keogh, propiedades de las que usted sea dueño a parte de la casa donde reside, automóviles (incluyendo camionetas, motocicletas, ATVs-vehículos para todo terreno, remolques, botes y aviones).

Ingresos - Talones de cheques de su trabajo (incluyendo empleos que dejó en los últimos 90 días), libros de contabilidad y sus declaraciones de impuestos de empleo por su cuenta, incluyendo los trabajos de granja, manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos del Seguro Social, pensiones, beneficios de desempleo, intereses o dividendos, ingresos estudiantiles (trabajos de estudio, ayuda de graduados, estipendios, becas de investigación).

Gastos – Pago de casa o alquiler, alquiler del lote, servicios públicos, gastos médicos incluyendo seguro de salud, manutención infantil y cuidado infantil o pagos por el cuidado de dependientes.

Visite nuestra página de Internet: www.dhhs.ne.gov

- Para encontrar más información sobre los programas ofrecidos
- Para encontrar una solicitud en el Web que puede imprimirse y llenarse
- Para encontrar la dirección de su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS)

Para solicitar beneficios lleve, envíe por correo o fax su solicitud completada a la oficina local de DHHS.

1. Instrucciones para presentar una solicitud para beneficios:

Responda a las preguntas y firme la solicitud. Después llévela y envíela por correo o fax hacia su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS). Ésta es una solicitud válida una vez que usted escriba su nombre y dirección, firme la solicitud y la envíe de regreso a su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (DHHS). Usted puede recibir la ayuda de alguien más para llenar esta solicitud o contactarse con su oficina local de DHHS para que le ayuden. Es posible que nos tengamos que reunir con usted para procesar su solicitud.

Instructions to file an application for benefits:

Answer the questions and sign this application, then take, mail or fax this application to your local Nebraska Department of Health and Human Services Office (DHHS). This becomes a valid application once you enter your name and address, sign the form and return it to your local DHHS Office. You may have someone help you complete this form, or you may contact your local DHHS office for help. We may have to meet with you in order to process your application.

2. Si necesita que le proporcionemos un intérprete, marque aquí ¿Qué idioma? _____
 If you need us to provide an interpreter, check here What language?

3. ¿Necesita usted o alguien en su hogar ayuda con cualquiera de las siguientes cosas? Por favor marque las ayudas a las que quiere solicitar:

- Do you or does anyone in your household need help with any of the following? Please mark all you wish to apply for:
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda para Menores Dependientes (ADC)
Aid to Dependent Children (ADC) | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Transporte
Transportation |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para los Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD)
Aid to Aged, Blind & Disabled (AABD) | <input type="checkbox"/> Kids Connection (KC)
Kids Connection (KC) | <input type="checkbox"/> Comidas
Meals |
| <input type="checkbox"/> Programa de Reasentamiento de Refugiados (RRP)
Refugee Resettlement Program (RRP) | <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil
Child Care (CC) | <input type="checkbox"/> Cuidado para Adultos
Adult Day Care |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP)
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) | <input type="checkbox"/> Servicios de Ayuda Personal
Personal Assistance Serv. | <input type="checkbox"/> Cuidado Temporal
Respite |
| <input type="checkbox"/> Ayuda de Energía de Servicios Públicos
Energy Assistance for Utilities (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> Quehaceres
Chore | <input type="checkbox"/> Otros: _____
Other |

4. ¿Usted tiene una Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios de Nebraska (EBT) para recibir SNAP?

Do you have a Nebraska Electronic Benefits Transfer (EBT) card for SNAP benefits?

- Si No
 Yes No



FOR OFFICE USE ONLY

MC Name: _____ MC#: _____

Request Date: _____ Mail Date: _____ Received Date: _____

Interview Date: _____ Face to Face OR Phone Review Date: _____

Interviewer: _____ Initiating Office: _____ Transferring to office: _____

Application: New Recertification Review

4a. Si usted está solicitando SNAP, ayúdenos a determinar si necesita una entrevista telefónica o en persona. Marque cualquier caja que aplique:

Help us determine if you need a face-to-face interview or a telephone interview for SNAP benefits.

Check any boxes that apply:

- Tengo 60 años o más o soy una persona con una discapacidad.
I am age 60 or older or I am a person with a disability.
- Tengo dificultades con transporte.
I have transportation difficulties.
- Cuido a otro miembro del hogar durante las horas regulares de trabajo.
I care for another household member during regular business hours.
- Trabajo o asisto a la escuela durante las horas regulares de trabajo.
I work or attend school during regular business hours.
- Otro: _____.
Other:

5. Información del solicitante:

Applicant information:

Nombre: _____

Name: Primer _____ Segundo _____ Apellido _____
Name: First _____ Middle _____ Last _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social*: _____
Birthdate: _____ Social Security Number*: _____

Dirección donde vive: _____
Address where you live: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
City: _____ County: _____ State: _____ Zip code: _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior): _____
Mailing address (if different from above): _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
City: _____ County: _____ State: _____ Zip code: _____

Número para dejar mensajes: _____ Número para dejar mensajes: _____
Telephone number: _____ Message number: _____

Firma: _____ Fecha: _____
Signature: _____ Date: _____

*No se requiere un número de seguro social para solicitar la ayuda de cuidado infantil, Servicios Sociales para Envejecidos y Discapacitados (SSAD) o los Servicios Sociales para Niños y Familias (SSCF).

*A Social Security number is not required to apply for Child Care Assistance (CC), Social Services for the Aged and Disabled (SSAD) and Social Services for Children and Families (SSCF).

NOTES

6. Llène esta sección con sus datos y los datos de todos que viven con usted, incluso si no están solicitando beneficios. Si usted está viviendo en un asilo para ancianos, pensión, u otro tipo de hogar grupal, sólo escriba su nombre, el de su cónyuge y sus hijos menores de edad. Dependiendo del tipo de ayuda que usted está solicitando puede que se verifique estado migratorio y números de seguro social. Adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio.

Complete this section for yourself and everyone who lives with you, even if they are not applying. If you are residing in a nursing home, assisted living facility, or other group home, list only yourself, your spouse and minor children. Depending on the type of assistance you have requested, immigration status and Social Security Numbers may be verified.

Attach another sheet if more space is needed.

Nombre (Anote su nombre primero) Apellido, Primer Nombre Name (List yourself first) Last name, first name	Parentesco (Si no hay parentesco, escriba "NR") Relationship to you. (If not related write "NR")	Fecha de nacimiento Birthdate	Edad Age	Sexo	Número de Seguro Social Social Security Number	Esta persona come con su familia?		¿Tiene esta persona una discapacidad o es ciega?		Estado civil y fecha vigente Marital status and effective date
				Masculino (M) Femenino (F)		Does this person eat with your family?		Is this person disabled or blind?		
				Sex Male (M) Female (F)		Sí No	Sí No			
				Yes No		Yes No				
	YO MISMO SELF									

7. Escriba todos los nombres que haya usado previamente, incluyendo su nombre de soltera: _____
List any previous names used including maiden name:

8. Por favor marque su tipo de vivienda:
Please mark your living arrangement:
- Vivo en una casa – rentada/propia/hipotecada
Live in a house - rent/own/mortgage
 - Alquilo un apartamento, dúplex, triplex
Rent an apartment, duplex, triplex
 - Alquilo una habitación
Rent a room
 - Vivo en una pensión (alojamiento y comida)
Board and room situation
 - Vivo en un hogar de familia adulta
Adult Family Home
 - Centro de rehabilitación para discapacitados
Center for Developmentally Disabled
 - Otro: _____
Other:
 - Vivienda con ayuda
Assisted Living
 - Asilo para ancianos
Nursing home
 - Centro de tratamiento para drogas o alcohol
Drug abuse or alcohol treatment center
 - Refugio para cónyuges maltratados
Battered spouse shelter
 - Casa grupal, casa de cuidado temporal, institución de cuidado de niños
Group home, foster care, child care institution

9. Dirección anterior si se mudó en los últimos 30 días:

Previous address if you have moved or anyone in your household has moved in the last 30 days:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado : _____ Código Postal: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip code: _____

10. Contacto de emergencia:

Emergency contact:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____
Name: _____ Phone number: _____ Relationship: _____

11. Responda Sí o No para cada pregunta.

Answer Yes or No for each line.

- Sí No ¿Tiene un aviso de desalojo?
Yes No Do you have an eviction notice?
- Sí No ¿Tiene sus servicios públicos desconectados o tiene un aviso de desconexión?
Yes No Have your utilities been shut off or do you have a shut off notice?
- Sí No ¿Se le agotó el combustible para la calefacción (el propano, aceite)?
Yes No Are you out of heating fuel (propane, oil)?
- Sí No ¿Necesita ayuda con sus alimentos en este momento?
Yes No Do you need help with food right now?
- Sí No ¿Necesita otro tipo de ayuda inmediatamente? Si su respuesta es sí, explique lo que necesita en el siguiente espacio: _____
- Yes No Do you need any other help right now? If yes, tell us what you need in the space below:

12. ¿Es usted o alguien en su hogar un granjero migratorio o de temporada?

Are you or is anyone in your household a migrant or seasonal farm worker?

- Sí No Si la respuesta es sí, por favor proporcione la siguiente información:
Yes No If yes, give us the following information:

- 12a. ¿Dejó de recibir su hogar en los últimos 30 días todos los ingresos?
Did all income for your household stop in the last 30 days?
 Sí No Si la respuesta es sí, anote la última fecha en que recibió dinero: _____
Yes No If yes, last date money received: _____
Cantidad: _____
Amount: _____
- 12b. ¿Usted o alguien en su hogar recibirá ingresos de una fuente nueva en los próximos diez días?
Will you or anyone in your household receive income from a new source in the next ten days?
 Sí No Si la respuesta es sí, en cuál fecha se espera que reciba el dinero? _____
Yes No If yes, what date is the money expected to be received?
Cantidad: _____
Amount: _____
- 12c. ¿Fue aprobado anteriormente su hogar para un demora de verificaciones requeridas?
Was your household previously approved for a delay of required verifications?
 Sí No Si la respuesta es sí,
Yes No If yes,
Cuándo: _____ dónde: _____
When: _____ where: _____

13. ¿Está solicitando ayuda para alguien de su familia que está embarazada?
 Are you requesting assistance for anyone in your household who is pregnant?
 Sí No Si la respuesta es sí, por favor proporcione la siguiente información:
 Yes No If yes, provide the following information:

Nombre: _____ Fecha prevista de parto: _____
 Name: _____ Expected date of delivery: _____

14. ¿Usted o alguien que está solicitando o recibiendo ayuda tiene un guardián, curador o individuo que actúa con un poder?
 Do you or does anyone in your household applying for or receiving help have a Guardian, Conservator, or individual acting under Power of Attorney?
 Sí No Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
 Yes No If yes, give us the following information:

Nombre de la persona que tiene un tutor, curador o portador del poder: _____
 Name of person with Guardian, Conservator or Power of Attorney: _____

Nombre del guardián o portador del poder: _____ Número telefónico: _____
 Name of Guardian, Conservator, or Power of Attorney: _____ Phone number: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Address City: State Zip Code

14a. ¿Recibe el guardián o curador pagos por sus servicios?
 Does Guardian/Conservator receive payment for his/her services?
 Sí No
 Yes No

15. **OPCIONAL** - Indique la raza y categoría étnica de la cabeza del hogar. El Título VI del Acta de los Derechos Civiles de 1964 nos permite preguntarle esta información. Esta información no será utilizada para determinar su elegibilidad para recibir ayuda. Si usted no proporciona esta información, esto no afectará su solicitud. Pedimos esta información para asegurarnos que los beneficios son distribuidos sin importar la raza, color o nacionalidad. Si usted no brinda ninguna información, el trabajador marcará una respuesta.
OPTIONAL- Indicate the race and ethnic category of the head of household. Title VI of the Civil Rights Act of 1964 allows us to ask for this information. This information will not be used in determining eligibility for assistance. If you do not provide this information, it will not affect your application. We ask for the information to assure that benefits are distributed without regard to race, color, ethnicity or national origin. If you do not enter any information, the worker will enter an answer.

Raza- Seleccione todos que apliquen:
Race - Select all that apply:

<input type="checkbox"/> Indio Norteamericano o Nativo de Alaska American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Asiático Asian	<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano Black or African American
<input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Blanco White	<input type="checkbox"/> Otro _____ Other

Categoría étnica- ¿Es usted hispano o latino?
Ethnic Category - Are you Hispanic or Latino?
 Sí No
 Yes No

16. Llene esta sección con información suya y de todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando. Adjunte otra hoja si necesita más espacio.
 Complete this section for yourself and everyone who lives with you, even if they are not applying. Attach another sheet if more space is needed.

Nombre (Apellido, primer nombre)	Soy ciudadano americano		Si es ciudadano americano, escriba el estado en el que nació	Soy extranjero cualificado bajo la ley de inmigración y nacionalidad federal		Si es extranjero cualificado, escriba su estatus migratorio y su número registrado para extranjeros (alien number)
	Sí Yes	No No		Sí Yes	No No	
1.						
2.						
3.						
4.						

NOTA: En caso de ser extranjero cualificado - Acepto proporcionar una copia de los documentos que me han sido proporcionados por el Servicio de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés).

NOTE: If a qualified alien - I agree to provide a copy of my USCIS documentation to the Department of Health and Human Services.

17. Nombre a todos los miembros que son miembros de una tribu.
 List all members of your household that are members of a Native American tribe.

Nombre Name	Tribu Tribe	Nombre Name	Tribu Tribe
1.		2.	
3.		4.	

18. ¿Usted o alguien en su hogar recibió ayuda de otro estado (por ejemplo: dinero en efectivo, ayuda médica, o SNAP) en los últimos tres meses?

Did you or anyone in your household receive assistance from another state (for example: cash assistance, medical assistance, or SNAP benefits) in the last three months?

Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
 Yes No If yes, give us the following information:

Quién Who	Tipo de ayuda Type of assistance	Cuándo (mes y año) When (month & year)	¿Dónde ocurrió? (condado y estado) Where (state & county)	Trabajador Social (nombre y número telefónico) Caseworker (name & phone number)
1.				
2.				

18a. ¿Usted o alguien en su hogar recibe productos de comida de una reserva indígena (tribal)?

Do you or does anyone in your household receive Native American (tribal) commodities?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____ ¿cuándo?: _____
 Yes No If yes, who? when?

19. Responda Sí o No para cada línea.

Answer Yes or No for each line.

¿Usted o alguien más en su hogar ha sido descalificado en uno de los siguientes programas: (ejemplos de descalificación: proporcionar información falsa intencionalmente, etc.)?

Have you or has anyone in your household ever been disqualified in one of the following programs: (Example of disqualification: intentionally provide false information, etc.)?

- Sí No Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP)
- Yes No Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Sí No Ayuda para Menores Dependientes (ADC)
- Yes No Aid to Dependent Children (ADC)
- Sí No Cuidado Infantil (CC)
- Yes No Child Care (CC)

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

If yes, give us the following information:

Nombre de la persona descalificada	¿Dónde ocurrió? (condado y estado)	¿Cuándo sucedió? (mes y año)	¿Por cuánto tiempo (6 meses 1, 2, 10 años o permanentemente)?
Name of person disqualified	Where did it happen? (county & state)	When did it happen? (month & year)	For how long (6 months 1, 2, or 10 years OR permanently)?
1.			
2.			

20. Responda Sí o No para cada línea.

Answer Yes or No for each line.

Usted o alguien en su hogar está actualmente:

Are you or is anyone in your household currently:

- Sí No a. ¿Huyendo para evitar acción judicial o custodia/encierro después de ser condenado por un delito mayor?
- Yes No Fleeing to avoid prosecution or custody/confinement after conviction for a felony crime?
- Sí No b. ¿En violación de su libertad condicional o libertad a prueba?
- Yes No In violation of probation or parole?

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

If yes, give us the following information:

¿Quién? Who	¿Qué? What	¿Cuándo? When	¿Dónde? Where
1.			Estado: State: Condado: County:
2.			Estado: State: Condado: County:

21. Responda sí o no en cada opción:

Answer Yes or No for each line.

Usted o alguien en su hogar:

Have you or has anyone in your household:

Sí No

a. ¿Ha sido acusado y declarado culpable de un delito mayor (después del 22 de agosto de 1996) por posesión, venta, uso o distribución de una sustancia controlada? Una sustancia controlada es una droga ilegal o cierta droga que requiere una receta médica.

Yes No

a. Been charged and convicted of a felony (after August 22, 1996) for possession, sale, use, or distribution of a controlled substance? A "controlled substance" is an illegal drug or certain drugs that require a doctor's prescription.

Sí No

b. ¿Ha sido declarado culpable de falsificar su identidad o residencia a fin de obtener múltiples beneficios al mismo tiempo?

Yes No

b. Been found to have misrepresented identity or residence in order to obtain multiple benefits at the same time after August 22, 1996?

Sí No

c. ¿Ha sido declarado culpable de vender beneficios de SNAP de \$500 o más?

Yes No

c. Been found guilty of selling SNAP benefits of \$500.00 or more?

Sí No

d. ¿Ha sido condenado por el uso y/o recibo de beneficios de SNAP a cambio de armas de fuego, municiones, o explosivos después del 22 de agosto de 1996?

Yes No

d. Been convicted of using and/or receiving SNAP benefits in exchange for firearms, ammunition, or explosives after August 22, 1996?

Sí No

e. ¿Ha sido condenado por intercambiar beneficios de SNAP por drogas después del 22 de agosto de 1996?

Yes No

e. Been convicted of trading SNAP benefits for drugs after August 22, 1996?

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

If yes, give us the following information:

¿Quién Who	¿Qué infracción? What offense	¿Fecha de la infracción? Date of offense	¿Dónde? Where
1.			Estado: State: Condado: County:
2.			Estado: State: Condado: County:

22. Designación de la "cabeza del hogar" para el programa de SNAP:

Si su hogar tiene más de un padre, debe indicar cuál padre deberá designarse como "cabeza del hogar". En los hogares sin niños, la cabeza del hogar deberá ser la persona que tenga la mayor cantidad de ingresos en los últimos dos meses.

Designation of "Head of Household" for SNAP:

If your household has more than one parent, you must tell us which parent should be designated as "Head of Household". In households without children, the Head of Household must be the person who has the greatest amount of earned income in the previous two months.

La "cabeza del hogar" es: _____

The "Head of Household" is:

FOR OFFICE USE ONLY

**A. RECURSOS
RESOURCES**

23. Responda sí o no en cada opción.
Answer Yes or No for each line.

¿Usted o alguien que vive en su hogar tiene cualquiera de los siguientes recursos? Incluya los niños. Esto incluye los recursos en los cuales su nombre o el nombre de cualquier miembro de su hogar aparecen como propietario. Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Do you or does anyone in your household have any of the following resources? Include children. This includes resources that your name or any household member's name appears as an owner. If yes, give us the following information:

Tipo de ingreso Type of resources	Responda Sí o No Answer Yes or No	Cantidad Amount	El dueño es Owned by	Número de cuenta Account number	Dónde esta localizado(a) Where located
a. Dinero en efectivo Cash	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
b. Cuenta corriente Checking	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
c. Cuenta de ahorros Savings	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
d. Cuenta del Niño Child's account	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
e. Cuenta del Niño Child's account	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
f. Bienes inmuebles, terreno de cultivo Real Estate/Real Property/Farmland	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
g. Fideicomisos Trusts	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
h. Seguro de vida Life Insurance	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
i. Fondos funerarios/ Fideicomisos para entierro/ Sitios de entierro Burial Funds/ Trusts Burial Spaces	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
j. Cuenta para asilo de ancianos Nursing Home Account	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.
k. Cuenta débito estatal State Debit Account	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No		1. 2.	1. 2.	1. 2.

24. Responda sí o no en cada opción.

Answer Yes or No for each line.

¿Usted o alguien que vive en su hogar tiene cualquiera de los siguientes recursos? Incluya los niños. Esto incluye los recursos en los cuales su nombre o el nombre de cualquier miembro de su hogar aparecen como propietario.
Do you or does anyone in your household have any of the following resources? Include children. This includes resources that your name or any household member's name appears as an owner.

Si su respuesta es sí, anote el valor en el renglón provisto.

If yes, write the value on the line provided.

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 401K \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | IRA \$ _____ |
| Yes | No | 401K | Yes | No | IRA |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Anualidades \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Plan de Retiro de Keogh \$ _____ |
| Yes | No | Annuities | Yes | No | Keogh |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Certificados de Depósito \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Maquinaria \$ _____ |
| Yes | No | Certificates of Deposit | Yes | No | Machinery |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cuentas en Cooperativa de Crédito \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Bonos de ahorro \$ _____ |
| Yes | No | Credit Union Accounts | Yes | No | Savings Bonds |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Cosechas/Ganado \$ _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Acciones/Inversiones \$ _____ |
| Yes | No | Crops/Livestock | Yes | No | Stocks/Investments |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otros: _____ \$ _____ | | | |
| Yes | No | Other: | | | |

25. ¿Su nombre o el nombre de algún miembro de su hogar aparece en el título de cualquier vehículo con o sin registración? (Incluya autos, camionetas, motocicletas, ATV, lanchas, RV's, vehículos para la nieve, remolques, aviones, etc.). Adjunte otra hoja si se necesita más espacio.

Does your name or does anyone in your household's name appear on the title of any licensed or unlicensed vehicles (includes cars, trucks, motorcycles, ATVs, boats, RVs, snowmobiles, trailers, aircraft, etc.)? Attach another sheet if more space is needed.

- Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
Yes No If yes, give us the following information:

Dueño/a	Tipo de vehículo	Modelo	Año	Valor	Cantidad adeudada
Owner	Type of vehicle	Make/Model	Year	Value	Amount owed
1.				\$	\$
2.				\$	\$
3.				\$	\$
4.				\$	\$

FOR OFFICE USE ONLY

26. ¿Usted o alguien más en su hogar, vendió, intercambió o regaló algo de valor sustancial en los últimos 60 meses (5 años)? Si está solicitando solamente SNAP, anote cualquier artículo vendido, intercambiado o regalado en los últimos 3 meses. Adjunte otra hoja si se necesita más espacio.
 Have you or has anyone in your household sold, traded or given away anything of substantial value within the past 60 months (five years)? If you are applying for SNAP benefits only, list any items sold, traded or given away in the last three months. Attach another sheet if more space is needed.

Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
 Yes No If yes, give us the following information:

Dueño/a Owner	¿Qué se vendió, intercambió o regaló? What was sold, traded or given away	¿Cuándo? When	Valor Value
1.			\$
2.			\$
3.			\$

**B. INGRESOS GANADOS
EARNED INCOME**

27. ¿Usted o una de las personas que vive con usted trabaja? Incluya los niños. El trabajo incluye empleo y empleo independiente. El auto-empleo podría ser trabajo de granja, trabajos ocasionales, suministro de cuidado infantil, limpieza de una casa, etc.
 Do you or does anyone in your household work? Include children. Work includes employment and self-employment. Self-employment could be farming, odd jobs, providing child care, housekeeping, etc.

Sí No Sí su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
 Yes No If yes, give us the following information:

Nombre de la persona que está empleada Name of person working	<u>Empleador:</u> Nombre, dirección, teléfono <u>Empleo de Cuenta Propia: (ECP)</u> Escriba ECP y describa el empleo <u>Employer:</u> Name, address, telephone <u>Self-Employment:</u> Write SE and describe	Sueldo Bruto (antes de impuestos) Monthly gross (before taxes)	Cantidad de horas trabajadas por semana Number of hours worked per week	Frecuencia en que se recibe How often is pay received
1.				
2.				
3.				

NOTA: A usted se le permite reclamar ciertos costos de los negocios (gastos) para descontar del ingreso de su auto-empleo. Estos gastos pueden obtenerse de la declaración de los impuestos o de los libros de contabilidad de su auto-empleo. Su trabajador social le explicará cual de estos documentos (declaración de impuestos o libros de contabilidad) necesitará proporcionar para identificar estos gastos.

NOTE: You are allowed to claim certain costs of doing business (expenses) to apply against your self-employment income. These costs can be obtained from tax returns or self-employment ledgers. Your worker will explain which of these documents (tax return or ledgers) you will need to provide to identify the allowable costs of doing business.

28. ¿Usted o alguien en su hogar recibe propinas, bonos o pagos de incentivo?

Do you or does anyone in your household receive tips, bonuses or incentive pay?

Sí No
Yes No

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
If yes, give us the following information:

	Nombre	Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?
	Name	Amount	How often received
Propinas	1.	1.	1.
Tips	2.	2.	2.
Bonos	1.	1.	1.
Bonuses	2.	2.	2.
Sueldo de incentivos	1.	1.	1.
Incentive Pay	2.	2.	2.

29. ¿Usted o alguien en su hogar dejó el trabajo o redujo las horas de trabajo en los últimos 60 días?

Have you or has anyone in your household left a job or reduced work hours in the last 60 days?

Sí No
Yes No

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
If yes, give us the following information:

Nombre	Nombre del empleador	Fecha del cambio (mes, día, año)
Name	Employer information	Date of change (month, day, year)
1.	Nombre: Name: Dirección: Address:	
2.	Nombre: Name: Dirección: Address:	

30. ¿Usted o alguien más en su hogar está en huelga?

Are you or is anyone in your household on strike?

Sí No
Yes No

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
If yes, give us the following information:

Nombre de la persona en huelga: _____ Fecha en que comenzó: _____

Name of person on strike: _____ Date started: _____

FOR OFFICE USE ONLY

**C. INGRESOS ESTUDIANTILES
STUDENT INCOME**

31. Responda sí o no en cada opción.

Answer Yes or No for each line.

¿Usted o alguien en su hogar solicitó o está recibiendo empleo estudiantil para cubrir pagos de posgrado, una beca de investigación o una mensualidad para cubrir gastos básicos de parte de alguna institución estudiantil?

Have you or has anyone in your household applied for or are you or is anyone in your household receiving a graduate assistantship, fellowship or stipend?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Solicitó |
| Yes | No | Applied |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Recibiendo |
| Yes | No | Receiving |

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

If yes, give us the following information:

Quién recibe el ingreso	Cantidad	Con cuánta frecuencia lo recibe	Periodo de tiempo en que este ingreso cubrirá sus gastos	Gastos
Who receives the income	Amount	How often received	Period of time income is to cover	Expenses
1.				
2.				

FOR OFFICE USE ONLY

**D. OTROS INGRESOS
OTHER INCOME**

32. Responda "sí" o "no" en cada casilla.

Answer Yes or No for each line.

¿Usted o alguien en su hogar tiene otro ingreso que no provenga de un trabajo? Incluya los niños.

Have you or has anyone in your household applied for or are you or is anyone in your household receiving other income that is not from working? Include children.

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

If yes, give us the following information:

Tipo de ingreso recibe	¿Lo recibe?	¿Lo solicitó?	¿Quién?	Cantidad	¿Qué tan seguido lo recibe?
Type of income	Receives	Applied for	Who	Amount	How often received
a. SSI (ingreso suplementario de seguridad) SSI	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	1. 2.	1. 2.	1. 2.
b. Seguro Social Social Security	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	1. 2.	1. 2.	1. 2.
c. Pensión/ Jubilación Pension/Retirement	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	1. 2.	1. 2.	1. 2.
d. Beneficios de veteranos Veterans Benefits	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	1. 2.	1. 2.	1. 2.
e. Pagos de ayuda en efectivo Cash Assistance Payments	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	1. 2.	1. 2.	1. 2.
f. Indemnización Laboral Workers Compensation	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	1. 2.	1. 2.	1. 2.
g. Indemnización de desempleo Unemployment Compensation	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	1. 2.	1. 2.	1. 2.
h. Manutención Infantil/ Pensión Alimenticia Child Support/Alimony	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	Estado y condado State & County	1. 2.	1. 2.
			# de Orden del juzgado Court Order #	1. 2.	1. 2.
i. Manutención Infantil/ Pensión Alimenticia Child Support/Alimony	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	Estado y condado State & County	1. 2.	1. 2.
			# de Orden del juzgado Court Order #	1. 2.	1. 2.

FOR OFFICE USE ONLY

33. ¿Usted o alguien que vive en su hogar, ha solicitado o está recibiendo cualquiera de los siguientes ingresos? Incluya los niños.

Have you or has anyone in your household applied for or are you or is anyone in your household receiving any of the following incomes? Include children.

- Sí No
 Yes No

Si la respuesta es sí, dénos la siguiente información:

If yes, give us the following information:

*Escriba la cantidad mensual recibida en el renglón.

• Write the monthly amount received on the line.

*Si cualquier persona ha solicitado para recibir estos beneficios, pero no los recibe todavía, escriba "Solicitado" en el renglón.

• If anyone has applied to receive these benefits, but does not receive them yet, write "Applied" on the line.

*Si deja algún renglón en blanco, no hay ninguna cantidad en dólares anotada, o la palabra "Solicitado" no está escrita ahí, esto significa que no lo está recibiendo, ni planea recibirlo. Adjunte otra hoja de papel si se necesita más espacio.

• If left blank, no amount is listed or "Applied" is not written in, this means no one receives nor plans to receive these monies.

Attach another sheet of paper if more space is needed.

- | | |
|---|---|
| \$ _____ Anualidades
Annuities | \$ _____ Pensión militar
Military Allotment |
| \$ _____ Servicio Civil
Civil Service | \$ _____ Beneficios para indios norteamericanos
Native American Benefits |
| \$ _____ Reclamos/Discapacidad
Claims/Disability | \$ _____ Asociaciones / Corporaciones
Partnerships/Corporations |
| \$ _____ Contribuciones
Contributions | \$ _____ Premios/Reconocimientos/Ganancias /Lotería
Prizes/Awards/Winnings/Lottery |
| \$ _____ Ingresos de Granja
Farm Income | \$ _____ Pensión del ferrocarril
Railroad Retirement |
| \$ _____ Regalos/Dinero de parientes o amistades
Gifts/Money from Relatives or Friends | \$ _____ Ingreso por alquiler
Rental Income |
| \$ _____ Seguro/indemnización por accidente
Insurance/Accident Settlement | \$ _____ Ingreso por huelga
Striker Income |
| \$ _____ Interés/Dividendo
Interest/Dividend | \$ _____ Fideicomisos / herencias
Trusts/Inheritances |
| \$ _____ Propiedad de vida
Life Estates | \$ _____ Otros: _____
Other: |

FOR OFFICE USE ONLY

NOTA: SNAP: El no reportar o verificar un gasto, fuera del gasto de renta o de servicios públicos, será visto como una declaración por parte de su hogar la cual determina que usted no desea recibir una deducción por el gasto no reportado y/o verificado.
NOTE: SNAP: Failure to report or verify an expense other than rent or utilities will be seen as a statement by your household that you do not want to receive a deduction for the unreported and/or unverified expense.

**E. VIVIENDA Y SERVICIO PÚBLICOS
HOUSING & UTILITIES**

34. Marque "Sí" o "No" para cada renglón. ¿Se le factura a usted o cualquier persona en su hogar la cantidad por cada uno de los siguientes gastos? Si la respuesta es "sí", dénos la siguiente información:
 Answer Yes or No for each line. Are you or is anyone in your household billed for the following expenses? If yes, give us the following information:

Gasto Expense	Respuesta "Sí" o "No" Answer Yes or No	Cantidad actualmente facturada Amount currently billed	¿Quién paga esta factura? Anote los nombres de cualquier persona que ayuda a pagar esta factura? Who pays this bill (List names of anyone who helps pay this bill)	Frecuencia en que se paga How often billed
a. Alquiler Rent	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No			
b. Hipoteca Mortgage	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No			
c. 2da. Hipoteca 2nd Mortgage	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No			
d. Alquiler de un lote Lot rent	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No			
e. Impuestos sobre la propiedad de la vivienda (si no están incluidos en la hipoteca) Property taxes on home (if not included in mortgage)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No			
f. Seguro de vivienda Homeowners Insurance (if not included in mortgage)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No			
g. Condominio/Pagos de Asociación Condominium/Association fees	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No			
h. Otro: _____ Other	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No			

35. Si está alquilando, proporcione la siguiente información:
 If renting, give us the following information:

Nombre del propietario: _____ Teléfono: _____
 Name of landlord: _____ Phone number: _____

35a. ¿Este alojamiento es público o subsidiado (sección 8)?
 Is this public/subsidized (Section 8) housing?

Sí No
 Yes No

36. ¿Recibe usted o cualquier persona en su hogar una factura de su calefacción y/o aire acondicionado por separado de su alquiler o pago hipotecario?

Do you or does anyone in your household receive a bill for heating and/or cooling (air conditioner) separate from your rent or mortgage payment?

Sí No

Si su respuesta es sí, ¿cuál de los siguientes es su medio principal de calefacción y/o aire acondicionado?

Yes No

If yes, which of the following is your main source of heating and/or cooling?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Calefacción eléctrica
Electrical/Heat | <input type="checkbox"/> Aire acondicionado
Electrical/Cool | <input type="checkbox"/> Queroseno
Kerosene | <input type="checkbox"/> Gas Natural
Natural Gas |
| <input type="checkbox"/> Carbón
Coal | <input type="checkbox"/> Aceite Combustible
Fuel Oil | <input type="checkbox"/> Madera u otras fuentes
Wood & other sources | <input type="checkbox"/> Propano
Propane |

Proveedor de la calefacción: Heating Supplier:	Proveedor del aire acondicionado: Cooling Supplier:
Nombre: Name:	Nombre: Name:
Dirección: Address:	Dirección: Address:
Número de cuenta: Account Number:	Número de cuenta: Account Number:

37. Si usted contestó "No" a la pregunta #36, especifique se manda la factura a usted a alguna persona en el hogar por cualquiera de lo siguientes servicios:

If you answered "No" to question #36, are you or is anyone in your household billed for any of the following:

Conteste sí o no en cada opción.

Answer Yes or No for each line.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Electricidad para otra cosa que no sea calefacción o aire acondicionado |
| Yes No | Electricity for other than heating or cooling |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Gas Natural /Aceite combustible / Queroseno / Propano para otra cosa que no sea calefacción o aire acondicionado |
| Yes No | Natural Gas/Fuel Oil/Kerosene/Propane for other than heating or cooling |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mantenimiento de pozos y fosa séptica |
| Yes No | Maintenance for wells and septic tank |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Agua |
| Yes No | Water |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alcantarillado |
| Yes No | Sewer |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Recojo de basura |
| Yes No | Trash/Garbage Collection |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Teléfono |
| Yes No | Telephone |

38. ¿Usted o alguien más en su hogar recibió ayuda para pagar la calefacción y/o aire acondicionado en los últimos 12 meses?

Did you or did anyone in your household receive help in paying heating and/or cooling bills in the last 12 months?

Sí No

Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

Yes No If yes, give us the following information:

¿Quién pagó? ¿El programa de Asistencia de Energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) o alguien más?	Nombre y dirección de donde vivía cuando recibió esta ayuda
Who paid? Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) or someone else?	Name & address of where you lived when you received this assistance
1.	
2.	

**F. OTROS GASTOS
OTHER EXPENSES**

39. ¿Usted o alguien más en su hogar **paga** manutención infantil? Adjunte otra hoja si se necesita más espacio.
Are you or is anyone in your household **paying** child support? Attach another sheet of paper if more space is needed.

Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
Yes No If yes, give us the following information:

Quién paga	# de la orden del juzgado	Estado & condado	Cantidad ordenada	Cantidad que se paga
Who pays	Court order#	State & county issued	Amount ordered	Amount being paid
1.				
2.				
3.				
4.				

40. ¿A usted o algún miembro de su hogar se le factura por los servicios de cuidado infantil o cuidado de dependientes?
Are you or is anyone in your household **billed** for Child Care or dependent care?

Sí No Sí su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
Yes No If yes, give us the following information:

Quién proporciona el cuidado	Cantidad	Qué tan seguido se le factura
Who provides care	Amount	How often billed
Nombre: Name: Dirección: Address:		
Nombre: Name: Dirección: Address:		

**G. CUIDADO INFANTIL
CHILD CARE**

41. ¿Usted recibe servicio de cuidado infantil o necesita un proveedor de cuidado infantil?
Do you currently have child care or do you need a child care provider?

Sí No Si su respuesta es sí, especifique la razón por la cual usted tiene o necesita cuidado infantil: _____
Yes No If yes, what is the reason you have or need child care:

FOR OFFICE USE ONLY

42. Estoy de acuerdo a que se vacunen mis hijos para protegerlos de las enfermedades (tales como sarampión, viruelas) o infección según las pautas estatales de vacunas.

In order to receive child care assistance, I agree to have my child(ren) receive shots to protect against diseases (such as measles, chicken pox) or infection in accordance with state immunization guidelines.

- Sí Yes No No Si marcó no, marque la razón: If you marked no, please check the reason below:
- a. Mis creencias religiosas no permiten vacunas; **o** My religious beliefs do not allow shots; **or**
 - b. Estas vacunas dañarían la condición médica de mi hijo. (Esto requiere una declaración de un médico.) These shots would harm my child's medical condition. (This requires a doctor's statement.)

**H. ESCUELA
SCHOOL**

43. ¿Usted o alguien en su hogar está asistiendo a la escuela, incluyendo la universidad?

Are you or is anyone in your household attending school, including college?

- Sí Yes No No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información: If yes, give us the following information:

Nombre	Nombre de la escuela	Dirección de la escuela	Asistiendo a medio tiempo o a tiempo completo	Curso/Clase que asiste
Name	School name	School address	Attending full time or part-time	Grade/class attending
1.		Calle: Street: Ciudad: City: Estado: State:		
2.		Calle: Street: Ciudad: City: Estado: State:		
3.		Calle: Street: Ciudad: City: Estado: State:		

44. Si está asistiendo a la universidad, ¿usted o algún miembro de su hogar está participando en trabajo estudiantil?

If attending college or university, are you or is anyone in your household participating in work study?

- Sí Yes No No Si la respuesta es sí, escriba los nombres: _____ If yes, list names: _____

45. **Esta pregunta aplica solamente a las familias con niños:** Anote a continuación a todos los miembros de su familia mayores de 16 años de edad y el grado escolar más alto que han completado:

This question applies only to families with children: List below all members of your household 16 years of age and older and the highest school grade they have completed:

Nombre	Curso más alto completado	Nombre	Curso más alto completado
Name	Highest grade completed	Name	Highest grade completed
1.		2.	
3.		4.	

I. GASTOS MÉDICOS
MEDICAL

46. ¿Usted o alguien en su hogar debe cuentas facturas de los últimos tres meses?
Do you or does anyone in your household owe medical bills from the past three months?

Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
Yes No If yes, give us the following information:

Nombre	¿Cuáles meses?	Nombre	¿Cuáles meses?
Name	What months	Name	What months
1.		2.	
3.		4.	

NOTA: Es importante proporcionar esta información ahora, ya que Medicaid podría ayudarle a pagar estas facturas.
NOTE: It is important to provide this information now, as Medicaid may be able to help pay these bills.

47. ¿Alguien en su hogar tiene problemas o costos médicos, debido a un accidente?
Do you or does anyone in your household have medical problems or medical costs due to an accident?

Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
Yes No If yes, give us the following information:

Nombre de la persona: _____ Fecha del accidente: _____
Person's Name : _____ Date of accident: _____

47a. ¿Hay un abogado involucrado?
Is there an attorney involved?

Sí No
Yes No

Si su respuesta es sí, nombre del abogado: _____ Teléfono: _____
If yes, name of attorney: _____ Phone number: _____

47b. ¿Hay una compañía de seguro involucrada?
Is there an insurance company involved?

Sí No
Yes No

Si su respuesta es sí, nombre de la compañía: _____ Teléfono: _____
If yes, name of company: _____ Phone number: _____

48. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene Medicare (Seguro Social)?
 Do you or does anyone in your household have Medicare (Social Security)?
 Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
 Yes No If yes, give us the following information:

Nombre Name	Número del Medicare Medicare claim number	Nombre Name	Número del Medicare Medicare claim number
1.		2.	

49. ¿Es usted o algún miembro de su hogar veterano de guerra, cónyuge de veterano de guerra o menor de veterano de guerra?
 Are you or is anyone in your household a veteran, spouse of a veteran or a minor child of a veteran?
 Sí No Si la respuesta es sí, enumere los nombres: _____
 Yes No If yes, list names:

50. ¿Usted o alguien en su hogar tiene cobertura de algún seguro médico? Por ejemplo: Medicare suplementario, de salud, hospitalización, seguro dental o de accidente. Incluya las pólizas por medio del trabajo, militares o pólizas pagadas por alguien fuera de su hogar.
 Are you or is anyone in your household covered by medical insurance? Examples: Medicare supplemental, health, hospitalization, accident or dental insurance. Include policies through work, military, or policies paid for by someone outside your household.
 Sí No Si su respuesta es sí, llene la información a continuación para cada persona y póliza:
 Yes No If yes, give us the following information for each person and policy:

Nombre(s) de la persona asegurada Name(s) of insured person(s)	Portador de la póliza Policy holder	Compañía de seguro Insurance company	Número de la póliza Policy/group number	Prima pagada Premium paid
1.		Nombre: Name: Dirección: Address: Teléfono: Phone:		
2.		Nombre: Name: Dirección: Address: Teléfono: Phone:		

51. Si usted o algún miembro de su hogar está discapacitado o tiene 60 años o más, ¿tiene gastos médicos que no estén completamente pagados por cualquier otro medio incluyendo un seguro médico? Esto podría incluir: medicamentos, deducibles, co-pagos, co-seguro, o gastos de transporte de ida y vuelta a las citas médicas.
 Do you or does anyone in your household who is disabled or age 60 or older, have medical expenses not fully paid by any other source, including health insurance? This may include medications, deductibles, co-pays, co-insurance and travel expenses to or from medical appointments.
 Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
 Yes No If yes, give us the following information:

Nombre Name	A quién se le debe o se le pagó Who is owed or was paid	Cantidad que se debe o cantidad pagada Amount owed or amount paid
1.	Nombre: Name: Dirección Address: Teléfono: Phone:	
2.	Nombre: Name: Dirección Address: Teléfono: Phone:	

NOTA: Chequeo de salud: El Tratamiento, Diagnóstico y Revisión Temprano y Periódico de Nebraska (EPSDT) es un servicio disponible a todos los participantes elegibles para Medicaid que tienen 20 años y menos.

NOTE: Health Check: The Nebraska Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT) is a service available to all eligible Medicaid participants age 20 and younger.

52. ¿Alguien en su hogar, de 20 años o menos, necesita un examen médico o dental?

Does anyone in your household age 20 or younger need a medical or dental examination?

Sí No Si su respuesta es sí, por favor anote el/los nombre(s): _____
Yes No If yes, list name(s):

**J. INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL
CHILD SUPPORT INFORMATION**

53. Para todos los jóvenes de 18 años de edad o menos (incluyendo los nonatos) por favor proporcione la siguiente información de cualquier niño/a del cual uno de sus padres no vive en su hogar. Añada otra hoja de papel si necesita más espacio.
For all children age 18 or younger (including any unborn): provide the following information for any child who has a parent not living in your household. Attach another sheet of paper if more space is needed.

Nombre del niño/a (Si no es nacido, escriba nonato)	Información del padre que no vive en su hogar	Información del padre que no vive en su hogar	¿El nombre del padre aparece en el acta de nacimiento?	¿Firmó este padre un reconocimiento de paternidad?
Child's name (If unborn, write unborn)	Information for parent not living in your household	This parent's employer information	Does this parent's name appear on the birth certificate?	Did this parent sign a paternity acknowledgement?
A. Nombre del niño/a: Childs Name Estado civil: Mom's marital status Si está casado(a), escriba el nombre del que es/era su cónyuge el día en que nació el niño/a: If married, list name of spouse, on day child was born	Nombre: Name: SSN # SSN: Fecha de nacimiento: Birthdate: Dirección: Address: Telefono: Phone: Si ha fallecido, fecha de la muerte: If deceased, date:	Nombre: Name: Dirección: Address: Telefono: Phone:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
B. Nombre del niño/a: Childs Name Estado civil: Mom's marital status Si está casado(a), escriba el nombre del que es/era su cónyuge el día en que nació el niño/a: If married, list name of spouse, on day child was born	Nombre: Name: SSN # SSN: Fecha de nacimiento: Birthdate: Dirección: Address: Telefono: Phone: Si ha fallecido, fecha de la muerte: If deceased, date:	Nombre: Name: Dirección: Address: Telefono: Phone:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No
C. Nombre del niño/a: Childs Name Estado civil: Mom's marital status Si está casado(a), escriba el nombre del que es/era su cónyuge el día en que nació el niño/a: If married, list name of spouse, on day child was born	Nombre: Name: SSN # SSN: Fecha de nacimiento: Birthdate: Dirección: Address: Telefono: Phone: Si ha fallecido, fecha de la muerte: If deceased, date:	Nombre: Name: Dirección: Address: Telefono: Phone:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yes No

**OPCIONAL:
Representantes autorizados designados para el Programa de SNAP solamente
OPTIONAL:
Designating Authorized Representatives for SNAP Only**

54. ¿Desea usted escoger a alguna persona para que solicite los beneficios de SNAP por usted?
Do you want to choose a person to apply for SNAP benefits on your behalf?
 Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
Yes No If yes, give us the following information:

Nombre: _____
Name: _____

Dirección: _____
Address: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____
City/State/Zip: _____ Phone number: _____

- b. ¿Desea usted escoger a alguna persona para que utilice sus beneficios de SNAP para comprar comida a través de su Tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)?
Do you want to choose a person to use your SNAP benefits to buy food through your Electronic Benefits Transfer (EBT) Card?
 Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la siguiente información:
Yes No If yes, give us the following information:

Nombre: _____
Name: _____

Dirección: _____
Address: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____
City/State/Zip: _____ Phone number: _____

**Registro del votante
Voter Registration**

55. Cualquier ciudadano del estado de Nebraska que haya cumplido con los requisitos del registro del votante y solicita ayuda pública/beneficios del programa de SNAP se le tiene que dar la oportunidad de registrarse para votar.
Any citizen in the State of Nebraska who has met the voter registration requirements and applies for public assistance/SNAP benefits must be provided the opportunity to register to vote.

Si le gustaría recibir ayuda para llenar su solicitud de registro de voto, le ayudaremos. La decisión es suya. Si desea, puede llenar la solicitud en privado.
If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

- Sí No Si no está registrado para votar donde vive ahora ¿Le gustaría hacer su solicitud para registrarse para votar hoy?
Yes No If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote today?

Si usted no marcó ninguna de las respuestas, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en esta ocasión.
If you did not check either answer, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

La página número 35 debe de ser firmada para que el presente formulario se considere completado.

Page 35 must be signed for this application to be considered complete.

Reglamento para la ejecución de la manutención infantil (de parte de la Oficina encargada de ejecutar la manutención infantil, o CSE por sus siglas en inglés) 1-877-631-9973

Child Support Enforcement (CSE) 1-877-631-9973

Requerimientos para ser elegible o calificar

Como condición para la elegibilidad, las personas que reciban beneficios de parte del programa de Ayuda para menores dependientes (ADC por sus siglas en inglés), Cuidado tutelar (Foster Care) y el Subsidio para el Cuidado infantil (Child Care Subsidy) tienen que recibir servicios de parte del CSE y no tienen la opción de negarse a recibir ninguno de estos servicios. La oficina de la CSE le enviará un documento por correo que explica los Derechos y responsabilidades tal como aplican al Programa de CSE de Nebraska.

Se les requiere a las personas que reciben Medicaid recibir servicios de la CSE relacionados con el asegurar el apoyo médico, incluyendo el establecer paternidad en casos apropiados. Los individuos que reciben Medicaid tienen la opción de negarse a recibir otros servicios de la CSE pero deben notificarle a la CSE que están requiriendo sólo servicios IV-D, relacionados con el asegurar apoyo médico.

Beneficios relacionados con los servicios de Manutención infantil

Su cooperación con la unidad de Manutención infantil (CSE por sus siglas en inglés) puede ser valorizada por usted y su hijo(a), ya que puede resultar en los siguientes beneficios:

- El establecimiento de la paternidad de su hijo(a);
- El asegurar y el coleccionar los fallos de apoyo infantil y/o médico; y
- Usted y su hijo(o) podrían calificar para recibir Seguro Social, beneficios para los veteranos, otros servicios gubernamentales o cubrimiento médico en el futuro.

¿Qué es la Cooperación?

La Cooperación incluye cualquier acción que tenga que ver, o sea necesaria para que los objetivos de la manutención infantil se puedan realizar. Se le requiere a usted que coopere con la oficina de manutención infantil (CSE) a menos se haya determinado una buena causa que apoye el hecho de no haber cooperado (ver a continuación). Se le requiere a usted cooperar con la CSE al completar los siguientes objetivos:

A los individuos que reciben ADC se les requiere cooperar con la Oficina de Manutención infantil al completar los siguientes objetivos:

1. Identificación y ubicación del (de los) supuesto(s) padre(s) del menor quienes reciben pagos del ADC;
2. Establecimiento de la paternidad;
3. Establecimiento de una orden de apoyo;
4. Modificación de una orden de apoyo; y
5. Cobro y distribución de los pagos de apoyo

A los individuos que reciben Medicaid y que se les ha referido para recibir servicios de manutención infantil se les requiere cooperar con la Oficina de Manutención infantil al completar los siguientes objetivos:

1. Identificación y ubicación del (de los) supuesto(s) padre(s) del menor quienes reciben beneficios de asistencia médica;
2. Establecimiento de la paternidad;
3. Establecimiento y ejecución de apoyo médico;
4. Cobro y distribución del apoyo médico.

A los individuos que reciben Subsidio para el cuidado infantil y que se les ha referido para recibir servicios de manutención infantil se les requiere cooperar con la Oficina de Manutención infantil al completar los siguientes objetivos:

1. Identificación y ubicación del (de los) supuesto(s) padre(s) del menor quienes reciben beneficios de subsidio para el cuidado infantil;

2. Establecimiento de la paternidad;
3. Establecimiento y ejecución de una orden de apoyo;
4. Modificación de una orden de apoyo; y
5. Cobro y distribución de los pagos de apoyo

Circunstancias de buena causa

Usted debe contactar a su trabajador de Manutención infantil inmediatamente si en algún momento piensa que la coordinación, el proceso de establecimiento o apoyo seguro no representa bienestar para su(s) hijo(s), padre de familia/pariente encargado del cuidado quien necesita de asistencia, y/o tutor/conservador para el cual se está buscando el apoyo de manutención. Usted tendrá que presentar un reclamo de buena causa si no quiere colaborar con los requerimientos de los servicios de manutención infantil. Las siguientes representan circunstancias bajo las cuales puede que usted esté exento de colaborar con los requerimientos:

- Se anticipa que la colaboración puede resultar en daño emocional o físico significativo para el menor;
- El menor nació como resultado de un acto de violación forzosa o incesto;
- Existen procedimientos judiciales pendientes para adoptar al menor; o
- Usted está trabajando con una agencia para ayudarlo a decidir si usted quiere dar al menor en adopción.

Cómo demostrar una buena causa

Usted es responsable de:

- Proveer la evidencia necesaria para determinar si usted debe ser exento de colaborar con los requerimientos.
- Entregar la evidencia necesaria a la agencia dentro de los primeros 20 días después de haber hecho el reclamo de buena causa.

La Oficina de manutención infantil puede:

- Determinar su reclamo basada en la evidencia entregada a la agencia; o
- Decidir el conducir una investigación para verificar más detalladamente su reclamo. Si se decide que se necesita una investigación, puede que se le requiera entregar información tal como el nombre y dirección de la parte que no tiene custodia para ayudar en la investigación.
- Si es necesario contactar al padre de familia que no tiene custodia como parte de la investigación, el trabajador le informará la parte que tiene custodia que se intentarán tales contactos.

Si usted no coopera y no presenta una buena causa:

Su riesgo de penalidades es:

- Reducción del 25% de los beneficios de ADC, y
- Ninguna asistencia médica para usted
- Pérdida de los beneficios subsidiarios del cuidado infantil

Misión de apoyo para los casos de ADC aprobados el 1 de octubre de 2009 o después

Cuando la asistencia en efectivo del ADC se le paga a un individuo o a una unidad de familia, el Estado tiene el derecho de recibir y quedarse con los pagos de apoyo infantil/de cónyuge/médico de cualquier individuo enumerado en la solicitud para recibir asistencia. Este proceso, llamado misión, incluye el apoyo que debe ser pagado mientras un individuo recibe asistencia en efectivo de parte del ADC. Las colecciones de apoyo se pagarán según las leyes y regulaciones estatales y federales. Cualquier pago de apoyo infantil/de cónyuge/médico recibido directamente por un individuo que recibe ADC en el mismo mes en que se recibió asistencia en efectivo del ADC debe ser reportada y regresada al Estado inmediatamente.

Tarifa Anual de la Oficina de manutención infantil (CSE):

Se le cobrará al beneficiario de la orden de apoyo una tarifa anual de \$25 una vez hayan sido pagados \$500 del apoyo, a menos que el beneficiario cumpla con alguna de las excepciones enumeradas a continuación. Cuando se hayan pagado un mínimo de \$500, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska retendrá el siguiente cobro, y se le aplicará a la tarifa de \$25.

Excepciones dentro de las cuales no se tiene que pagar la tarifa:

- Si se está recibiendo o ha recibido Ayuda para menores dependientes (Aid to Dependent Children o ADC por sus siglas en inglés) y/o Ayuda temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance to Needy Families o TANF por sus siglas en inglés);
- Caso(s) del CSE IV-D los cuales incluyen menor(es) quienes están en estos momentos y/o han recibido servicios de cuidado tutelar IV-E previamente; o
- La tarifa fue evaluada y cobrada en otro estado durante el presente año fiscal.

Entiendo que es mi responsabilidad el notificarle a la oficina de CSE si mi caso califica a alguna de las excepciones mencionadas arriba.

Uso de los números del Seguro Social:

Acto de privacidad, aviso del 1974; Se requiere revelar su número de seguro social, y el número de seguro social de su(s) hijo(s) bajo la ley federal 42 U.S.C. 666 (a) (13). La Oficina de manutención infantil utilizará estos números de seguro social únicamente con el fin de establecer y asegurar apoyo.

Eligibility Requirements

As a condition of eligibility, ADC, Foster Care and Child Care Subsidy recipients are required to receive CSE services and do not have the option to refuse any of these services. The CSE office will mail you a document that outlines your Rights and Responsibilities as they apply to the Nebraska CSE Program.

Medicaid recipients are required to receive CSE services related to securing medical support, including the establishment of paternity when appropriate. Medicaid recipients do have the option of refusing other CSE services, but the Medicaid recipient must notify CSE that they are requesting only IV-D services that relate to securing medical support.

Benefits of Child Support Services

Your cooperation with the Child Support Enforcement (CSE) Unit may be of value to you and your child because it could result in the following benefits:

- Establishing your child's paternity;
- Establishing/enforcing and collecting child and/or medical support judgments; and
- You and your child may qualify for future Social Security, veterans, other government benefits, or medical coverage.

What is Cooperation?

Cooperation includes any actions relevant to, or necessary for, the achievement of child support enforcement objectives. You are required to cooperate with Child Support Enforcement, unless good cause (see below) has been determined for not cooperating. You are required to cooperate with CSE in obtaining the following:

ADC recipients are required to cooperate with Child Support Enforcement in achieving the following objectives:

1. Identification and location of the parent(s)/alleged father of a child who receives ADC grant payments;
2. Establishment of paternity;
3. Establishment/enforcement of a support order;
4. Modification of a support order; and
5. Collection and distribution of support payments.

Medicaid recipients referred for child support services are required to cooperate with Child Support Enforcement in achieving the following objectives:

1. Identification and location of the parent(s)/alleged father of a child who receives child care subsidy benefits;
2. Establishment of paternity;
3. Establishment/enforcement of medical support; and
4. Collection and distribution of medical support.

Child Care Subsidy recipients referred for child support services are required to cooperate with Child Support Enforcement in achieving the following objectives:

1. Identification and location of the parent(s) or alleged father of a child who receives child care subsidy benefits;
2. Establishment of paternity;
3. Establishment/enforcement of a support order; and
4. Modification of a support order; and
5. Collection and distribution of support payments.

Good Cause Circumstances

You should contact your Child Support Enforcement worker immediately if at any time you believe that cooperation, or proceeding to establish or secure support is against the best interest of your child(ren), parent/needy caretaker relative, and/or guardian/conservator for whom support is sought. You will need to file a good cause claim in order to not cooperate with the child support requirements. The following are circumstances under which you may be exempt from the cooperation requirement:

- Cooperation is anticipated to result in serious physical or emotional harm to you or the child;
- The child was born as a result of forcible rape or incest;
- Court proceedings are pending for adoption of the child; or
- You are working with an agency helping you to decide whether to place the child for adoption.

Proving Good Cause

It is your responsibility to:

- Provide evidence needed to determine whether you should be exempt from the cooperation requirement.
- Give the necessary evidence to the agency within 20 days after claiming good cause.

The Child Support office may:

- Determine your claim based on the evidence which you give to the agency; or
- Decide to conduct an investigation to further verify your claim. If it is decided an investigation is needed, you may be required to give information, such as the non-custodial party's name and address, to help the investigation.
- If it is necessary to contact the non-custodial parent as a part of the investigation, the worker will inform the custodial party that such contact will be attempted.

If You Do Not Cooperate and You Do Not Have Good Cause:

You risk the penalties of:

- 25% reduction of your ADC grant, and
- No medical assistance for yourself
- Loss of child care subsidy benefits

Assignment of Support for ADC cases approved on or after October 1, 2009

When ADC cash assistance is paid to an individual or family unit, the State has the right to receive and keep child/spousal/medical support payments due to any persons listed in the application for assistance. This process, known as an assignment, includes support that becomes due while an individual is receiving ADC cash assistance. Support collections will be paid according to State and Federal laws and rules. Any child/spousal/medical support payments received directly by an ADC recipient in the same month as ADC cash assistance must be reported and returned to the State immediately.

Child Support Enforcement (CSE) Yearly Fee

The payee of the support order will be charged a \$25.00 yearly fee once \$500 of support has been disbursed, unless the payee meets one of the exemptions below. When a minimum of \$500 has been disbursed, the next collection(s) will be retained by the Nebraska Department of Health and Human Services, and applied towards the \$25.00 fee.

Exception to being charged the fee:

- Previously have or currently are receiving Aid to Dependent Children (ADC) and/or Temporary Assistance to Needy Families (TANF);
- CSE IV-D case(s) which include child(ren) who are currently and/or previously received IV-E foster care services; or
- Fee was assessed and collected in another state during current Federal Fiscal year.

I understand that it is my responsibility to notify the CSE office if my case qualifies as an exception as listed above.

Use of Social Security Number

Privacy Act of 1974 Notice; Disclosure of your social security number, and the social security numbers of your child(ren), is required by federal law 42 U.S.C. 666 (a) (13). Child Support Enforcement will use these social security numbers only for the purpose of establishing and enforcing support

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP por sus siglas en inglés) Nebraska Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

En la mayoría de los casos, los pagos de LIHEAP serán enviados a los proveedores de servicios públicos. Cuando un hogar recibe servicios de LIHEAP, se deberá tomar responsabilidad de pagar las cuentas de calefacción si la ayuda llega directamente al hogar. Si existe una cuenta retrasada o un historial de pago inconsistente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska local está autorizado y puede hacer pagos directamente al proveedor de parte del hogar.

In most instances, the LIHEAP payment will be sent to the utility providers. When a household receives LIHEAP, they must agree to take full responsibility for paying heating bills if the assistance payment comes directly to the household. If there is an overdue bill or poor payment history, the local Nebraska Department of Health and Human Services (DHHS) is authorized and may make payment directly to the provider on behalf of the household.

Advertencia de sanción penal para el Programa de Ayuda para Menores Dependientes (ADC) y Cuidado Infantil Aid to Dependent Children (ADC) and Child Care Penalty Warning

Aquellos individuos que conscientemente han provisto información falsa a fin de calificar para Ayuda para Menores Dependientes (ADC) o beneficios de subsidio para cuidado infantil, pueden ser sujetos a descalificación debido a una infracción intencional del programa (IPV). En el programa de ADC, solo se descalificará al individuo que cometió el IPV. En el subsidio para Cuidado Infantil, se descalificará al individuo que cometió el IPV y a su familia. El periodo de descalificación deberá ser a) Por la primera infracción, hasta un año; b) Por la segunda infracción, hasta dos años; c) Por la tercera infracción, la descalificación será permanente. Estas sanciones deberán ser también aplicadas si es que el individuo se encuentra culpable en un juzgado de haber violado los Estatutos Revisados de Nebraska, Sec. 68-1017.

Individuals who have knowingly provided false information in order to qualify for ADC or Child Care subsidy benefits may be subject to disqualification due to an Intentional Program Violation (IPV). For the ADC Program, only the individual found to have committed the IPV shall be disqualified. For the Child Care subsidy, the individual found to have committed the IPV and his/her family shall be disqualified. The period of disqualification shall be a) For a first violation, up to one year; b) For a second violation, up to two years; c) For a third violation, permanent disqualification. These penalties shall also be imposed if an individual is found by a court to have violated Nebraska Revised Statutes, Sec. 68-1017.

**Aviso de penalidad del Programa de asistencia para la nutrición alimentaria (Supplemental Nutrition Assistance Program o SNAP por sus siglas en inglés) {antes conocido como el Programa de cupones para alimentos}
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Penalty Warning**

La información en esta solicitud está sujeta a verificación por parte de los oficiales locales, estatales y federales. Si se encuentra alguna información inadecuada o inexacta, la participación en SNAP puede ser reducida, cancelada o negada.

Los individuos que hayan dado información falsa conscientemente pueden estar sujetos a enjuiciamiento criminal. Cualquier miembro del hogar quien viole cualquier parte del reglamento a propósito puede ser excluido de SNAP durante 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda, y permanentemente por la tercera. Adicionalmente, se puede multar a un individuo hasta por \$250,000, dar hasta 20 años de cárcel, y estar sujeto a ser perseguido bajo otras leyes federales. La corte puede también excluir a un individuo del programa durante 18 meses adicionales.

NO HAGA LO SIGUIENTE:

- No de información falsa, incorrecta o incompleta para poder obtener beneficios de SNAP.
- No intercambie o venda los beneficios de SNAP o de las tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT).
- No utilice los beneficios de SNAP o de EBT de otra persona a menos que le hayan sido designados.
- No utilice los beneficios de SNAP para comprar artículos no aprobados tales como bebidas alcohólicas o tabaco.
- No utilice los beneficios de SNAP para comprar drogas ilegales, armas de fuego, municiones o explosivos.

Los individuos que sean culpables de los siguientes delitos según la corte federal, estatal o local serán descalificados y no podrán participar en SNAP:

- Uso de los beneficios de SNAP dentro de la distribución o venta de una sustancia controlada—descalificación durante 24 meses por la primera violación y permanentemente por la segunda.
- Delito mayor por venta y distribución de una sustancia controlada incluyendo el intentar vender o distribuir –descalificación permanente. Un individuo debe haber cometido y ser condenado del delito mayor por drogas después del 22 de agosto de 1996.
- Haber cometido y ser condenado de un delito mayor por drogas a razón de poseer o consumir una sustancia controlada. Si el individuo ha tenido tres o más condenas por posesión o consumo después del 22 de agosto de 1996, el individuo será descalificado permanentemente. Si el individuo ha tenido menos de tres condenas y no ha participado en un tratamiento de ayuda para el abuso de sustancias ilícitas acreditado o con licencia estatal o nacional desde la fecha de la última condena, el individuo será descalificado.
- Uso de los beneficios de SNAP para comprar armas de fuego, municiones, y explosivos—descalificado permanentemente.
- Representación falsa de residencia o identidad con el fin de recibir múltiples beneficios de SNAP—descalificación por 10 años.
- Tráfico de beneficios de SNAP de \$500 o más—descalificación permanente.
- Durante el periodo de tiempo en el cual un individuo se encuentre huyendo de las fuerzas del orden público para evadir acusación, en custodia o en encarcelamiento después de la acusación por un crimen o el intento de cometer un crimen que represente un delito mayor bajo la ley del lugar del cual el individuo está huyendo, o al violar una condición de libertad condicional federal o estatal, el individuo no califica ni es elegible para participar en SNAP.

The information provided on this application is subject to verification by federal, state and local officials. If any is found inaccurate, participation in the SNAP may be reduced, terminated or denied.

Individuals who have knowingly provided false information may be subject to criminal prosecution. Any member of a household who breaks any of these rules on purpose may be barred from SNAP for 12 months for the first violation, 24 months for the second violation, and permanently for the third violation. Additionally individuals may be fined up to \$250,000, imprisoned for up to 20 years, and subject to prosecution under other applicable federal laws. A court can also bar an individual from the program for an additional 18 months.

DO NOT:

- Give false, incorrect, or incomplete information to obtain or continue to obtain SNAP benefits.
- Trade or sell SNAP benefits or Electronic Benefits Transfer (EBT) cards.
- Use other people's SNAP benefits or EBT cards unless designated.
- Use SNAP benefits to buy ineligible items such as alcoholic drinks or tobacco.
- Use SNAP benefits to buy illegal drugs, firearms, ammunition, or explosives.

Individuals found guilty in federal, state, or local court of the following offenses will be disqualified from participating in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP):

- Use of SNAP benefits in the sale of a controlled substance--disqualified for 24 months for the first violation, permanently for the second violation.
- Drug felony for sale or distribution of a controlled substance including the intent to sell or distribute - permanently disqualified. An individual must have committed and had been convicted of the drug felony after August 22, 1996.
- Committed and been convicted of a drug felony for possession or use of a controlled substance IF the individual(s) has had three or more convictions for the possession or use, after August 22, 1996 the individual is permanently disqualified. If the individual has had fewer than three convictions and has not participated in or completed a state-licensed or nationally accredited substance abuse treatment program since the date of the last conviction, the individual is disqualified.
- Use of SNAP benefits to purchase firearms, ammunition, and explosives--permanently disqualified.
- Misrepresenting residency or identity in order to receive multiple SNAP benefits--disqualified for 10 years.
- Trafficking of SNAP benefits of \$500 or more--permanently disqualified.
- During the time an individual is fleeing to avoid prosecution, custody or confinement after conviction for a crime or attempt to commit a crime that is a felony under the law of the place from which the individual is fleeing, or is violating a condition of federal or state probation or parole, the individual is ineligible to participate in SNAP.

**Programa de Subsidio de Cuidado Infantil
Child Care Subsidy Program**

El propósito del Programa de subsidio para el cuidado infantil es el de asistir a las familias de bajos ingresos con sus necesidades de cuidado infantil. El cuidado infantil puede serle ofrecido:

1. A menores de **12 años o menos**; está disponible para menores de **13 años hasta 18 siempre y cuando un medico, psicólogo con licencia o certificado, o un profesional de salud mental con licencia haya proporcionado una declaración escrita que indique que el menor tiene necesidades especiales**;
2. Únicamente cuando haya necesidad para el cuidado infantil tal como ha sido definido en 392 NAC 3-008 lo cual incluye:
 - a. **Empleo** que tenga el potencial de permitirle a una familia el apoyarse económicamente por sí misma – esto significa que puede que no estemos en la capacidad de continuar autorizando el servicios de cuidado infantil si, después de unos meses, el costo del cuidado infantil es más de lo que usted gana. El servicio de cuidado infantil sólo se autoriza para aquellas horas durante las cuales el padre de familia está trabajando y tiempo de viaje razonable desde y hacia el lugar del trabajo y del proveedor de cuidado infantil;
 - b. **Búsqueda activa de un empleo** – para familias que no son clientes de Employment First, el cuidado infantil solo puede autorizarse para dos meses de calendario consecutivos por programa anual (julio 1 – junio 30). No se puede autorizar cuidado infantil adicional para buscar trabajo hasta que el cliente haya perdido su empleo y esté de nuevo buscando otro empleo. El trabajador de HSS (Salud y Servicios Humanos) puede pedirle al cliente que proporcione una lista de las fechas y los lugares en los cuales ha pedido trabajo;
 - c. **Participación en una actividad aprobada por Employment First** (El empleo primero)- El servicio de cuidado infantil puede ser autorizado para cualquier actividad aprobada por EF. Esto significa que ya sea el trabajador de DHHS o el encargado del caso de parte del contratista de EF ha aprobado la actividad;
 - d. **Servicios médicos para uno de los padres de familia** (tales como visitas médicas, chequeos médicos generales, etc.) para el mismo padre de familia o para otro de los hijos o para visitar al menor en el hospital;
 - e. **Inscripción y asistencia constante a un programa educacional o vocacional diseñado para completar un diploma de secundaria o GED o una carrera de pregrado o certificado** (incluyendo clases de inglés como segunda lengua) las cuales ayudarán al padre de familia a conseguir empleo y sostenerse económicamente por sí solo. El servicios de cuidado infantil no se autoriza para completar cursos para una segunda carrera de pregrado o una carrera de posgrado. El servicio de cuidado infantil no se autoriza para cursos por correspondencia o estudios independientes. Para clases en línea, puede ser autorizado para una hora por semana por cada crédito. El cuidado infantil puede ser autorizado para sesiones con professor(a) particular estructuradas o para sesiones de preparación en grupo (tales como preparación para el GED, ESL y Educación básica para adultos). El servicio de cuidado infantil no se autoriza para tiempo de estudio (a menos que sea un periodo de tiempo razonable entre clases).
 - f. **Participación en capacitaciones laborales**;
 - g. Incapacidad verificada por un médico – el trabajador de su caso le entregará un formulario específico para documentar la necesidad para recibir servicio de cuidado infantil basada en incapacidad; y
 - h. **Necesidades que puedan ser autorizadas por un trabajador de Protección y Seguridad** (Protection and Safety) como parte del plan para la familia.

Información importante:

- **La autorización para el cuidado infantil no puede comenzar antes de la fecha en la que el padre reporte la necesidad del servicio de cuidado infantil o el cambio al trabajador.** Ejemplo: si usted empieza a recibir cuidado infantil en el día de hoy o cambia su proveedor de cuidado infantil en el día de hoy y no se lo reporta a su trabajador durante dos semanas, no se autorizará el cuidado infantil para esas dos semanas antes de que el trabajador fuera contactado.

- **El padre de familia es responsable de reportar la necesidad para recibir cuidado infantil y cualquier cambio** – no es responsabilidad del proveedor de cuidado infantil.
- Para hogares donde viven los dos padre de familia, **los dos padres de familia deben demostrar una de las necesidades** para recibir servicio de cuidado infantil enumeradas anteriormente para que el servicio sea autorizado.
- Se les requiere a algunas familias que paguen una parte del gasto de cuidado infantil. A esto lo llamamos una tarifa u obligación. **Esta tarifa debe ser pagada** o el caso de cuidado infantil se cerrará hasta que el padre de familia haya hecho los arreglos necesarios con el proveedor para que la tarifa sea pagada.
- El servicio de cuidado infantil dentro del hogar del menor se llama Cuidado infantil dentro del hogar (In-Home Child Care) y puede ser pagado solamente si el menor tiene alguna necesidad especial (la cual debe ser documentada por un médico) o si se tiene una enfermedad infantil O si el menor necesita cuidado en las noches (después de las 6 pm o antes de las 5 am), de un día para otro, los fines de semana, horas durante días festivos o si no existe ninguna otra manera de organizar el cuidado O si hay más de tres niños que deben ser cuidados. El proveedor de cuidado infantil dentro del hogar puede ser un individuo (fuera del padre de familia) que vive dentro del hogar del menor solamente si el menor tiene una necesidad especial o enfermedad infantil.

Comuníquese a su trabajador si al padre de familia que no tiene la custodia se le ha ordenado pagar por cualquiera de los costos de cuidado infantil.

El servicio de cuidado infantil solo puede ser utilizado para el propósito autorizado. Si usted utiliza el servicio de cuidado infantil que se le ha ofrecido para otro propósito, puede que se le pide pagarle al DHHS por el cuidado infantil no autorizado.

- El padre de familia que solicite el Subsidio para cuidado infantil debe cooperar al establecer y cobrar la manutención infantil si existe padre de familia que no tenga la custodia. Esto aplica únicamente para un menor que esté recibiendo Subsidio para el cuidado infantil. Este requerimiento puede que sea eximido en casos de violencia doméstica.

The purpose of the Child Care Subsidy Program is to assist low income families with child care. Care can be provided:

1. To children age **12 and younger**; it is available to youth age **13 through 18 only if a physician, licensed or certified psychologist, or licensed mental health practitioner has provided a written statement that the child has a special need**;
2. Only when there is a need for child care as defined in 392 NAC 3-008, which includes:
 - a. **Employment** that has the potential to allow a family to become economically self-sufficient – this means we may not be able to continue to authorize child care if after a few months, the cost of child care is more than you earn. Child care is only authorized for those hours when the parent is actually working and reasonable travel time to and from work;
 - b. **Actively Seeking Employment** – for families that are not Employment First clients, child care can only be authorized for two consecutive calendar months per program year (July 1 – June 30). No further child care can be authorized to look for work until that client has lost a job and is again seeking employment. The DHHS worker may ask the parent to provide a record of the dates and places that they looked for work;
 - c. **Participation in an approved Employment First Activity** – Child care may be authorized for any approved EF activity. This means either the DHHS worker or the case manager from the EF contractor has approved the activity;
 - d. **For a parent to obtain medical services** (such as doctor visits, Health Check, etc.) for themselves or another of their children or to visit their child in the hospital;

- e. **Enrollment in and regular attendance at vocational or educational training to attain a high school diploma or GED or an undergraduate degree or certificate** (including English as a second language classes) that will result in a parent becoming employed and self sufficient. Child care is not allowed for those pursuing a second undergraduate degree or any post-graduate degrees. Child care is not authorized for correspondence courses or independent study. For on-line classes, it can be authorized for one hour per week for each credit hour. Child care can be authorized for structured individual tutoring or group preparation time (such as GED preparation, ESL, and Adult Basic Education). Child care is not allowed for study time (unless it is a reasonable period of time between classes).
- f. **Participation in on the job training;**
- g. **Incapacitation as verified by a medical doctor** – a specific form will be given by the worker to document need for child care due to incapacity; and
- h. **Needs which might be authorized by a Protection and Safety worker** as part of a plan with a family.

Important Information:

- **Child care authorization cannot begin before the date the parent reports a need for child care or a change to the worker.** Example: If you start care today or change your child care provider today and do not report it to your worker for two weeks, child care will not be authorized for the two weeks before you contact your worker.
- **The parent is responsible to report the need for child care and any changes** – It is not the responsibility of the child care provider.
- For two parent households, **both parents must have one of the needs** for child care listed previously for child care to be authorized.
- Some families are required to pay a part of their child care expense. This is called a fee or obligation. **This fee must be paid** or the child care will be closed until the parent has made a satisfactory arrangement with the provider for payment of the fee.
- Child care in the child’s home is called “In-Home Child Care” and can only be paid if the child has a special need (which must be documented by a medical doctor) OR a childhood illness OR if child care is needed during evening (after 6 PM or before 5AM), overnight, weekend, or holiday hours if there are no other available child care arrangements OR if there are three or more children in care. The In-Home provider may be an individual (other than the parent) who lives with the child only if the child has a special need or a childhood illness.

Let your worker know if the non-custodial parent is court ordered or pays for any of the child care costs.

Child care can only be used for the purpose authorized. If you use child care for another purpose, you may be required to repay DHHS for the unauthorized child care.

- The parent who is requesting Child Care Subsidy must cooperate in establishing and collecting child support if there is a noncustodial parent. This applies only for a child who is receiving Child Care Subsidy. This requirement may be waived in the case of domestic violence.

<p>Registro de trabajo Work Registration</p>
--

Para SNAP, la firma de la cabeza de hogar, de otro adulto del hogar o de un representante autorizado en esta solicitud constituye un registro de trabajo para todos los miembros del hogar no eximidos.

For SNAP, the signature of the head of household, other adult in the household, or an authorized representative on this application constitutes registering for work of all non-exempt household members.

**Al firmar esta solicitud estoy de acuerdo con lo siguiente:
When this application is signed I agree that**

Con el fin de cumplir con los estatutos revisados de Nebraska del 4-108 al 4-114, doy fe por la presente que mi respuesta y la información provista en este formulario o en cualquier solicitud relacionada para recibir beneficios públicos es verdadera, completa y exacta y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos. Entiendo mis responsabilidades y acepto cumplirlas. Entiendo que pueda que tenga que proporcionar prueba de lo que he dicho. Si una prueba escrita no está disponible, acepto dar el nombre o la organización para que el Departamento de Salud y Servicios Humanos pueda obtener las pruebas necesarias. Cooperaré completamente con el personal estatal y federal durante una Revisión de control de calidad (Quality Control Review).

Autorizo la divulgación de mis números de seguro social provistos en esta solicitud al Departamento de Salud y Servicios Humanos para que sean utilizados con los fines mencionados en la sección de derechos y responsabilidades.

For purpose of complying with Neb. Rev. Stat 4-108 through 4-114, I hereby attest that my response and the information provided on this form and any related application for public benefits are true, complete and accurate and I understand that this information may be used to verify my lawful presence in the United States. I understand my responsibilities and agree to fulfill them. I understand I may have to provide proof of what I have said. If written proof is not available, I agree to give the name or organization so that the Department of Health and Human Services may obtain the necessary proof. I will cooperate fully with state and federal personnel in a Quality Control Review.

I authorize the release of the Social Security Numbers provided on this application to Department of Health and Human Services to use for the purposes mentioned in the Rights and Responsibilities.

Autorización para la divulgación información
Authorization for Release of Information

Autorizo al DHHS a divulgar la información solicitada. La información solicitada será usada solamente para la administración de programas para asistencia pública y no será divulgada a ninguna otra persona o agencia fuera del DHHS. Entiendo que el DHHS puede divulgar la información a otra agencia cuando los servicios de la agencia han sido solicitados o cuando el objetivo de la obtención de información es proveerme servicios o a cualquier miembro de la unidad que recibe asistencia. Esta divulgación de información entra en vigor mientras esté solicitando o recibiendo asistencia pública o sea un miembros económicamente responsable, al igual que para cualquier otra investigación que tenga que ver con mi elegibilidad y recepción de beneficios.

I authorize the release of information requested by the DHHS. The requested information will be used solely in the administration of public assistance programs and will not be released to any other person or agency outside of the DHHS except I understand the DHHS may release information to another agency when services of that agency have been requested or when the objective in obtaining the information is to provide services to me or to any member of the assistance unit. This release of information is in effect while I am an applicant or recipient of public assistance or a financially responsible member and for any later investigations pertaining to my eligibility and receipt of benefits.

Recibo el paquete de información
Receipt of Information Packet

Reconozco que he recibido el paquete de información el cual incluye mis Derechos y Responsabilidades, avisos de cómo reportar cambios, información sobre audiencias imparciales, requisitos de trabajo, Medicaid y la notificación de HIPPA.

I acknowledge that I received the packet of Information that includes my Rights and Responsibilities, Reporting Changes, Fair Hearings, Work Requirements, Medicaid, and the HIPAA Notice.

Escriba sus iniciales aquí _____
Initial Here

Una copia de esta divulgación es tan válida como la original
A reproduction of this release is as valid as the original

Firma del solicitante
Signature of Applicant

Fecha
Date

Firma de otro miembro adulto del hogar
Signature of Other Adult Household Member

Escriba su nombre con letra de molde (Si el solicitante firma con una marca)
Printed Name (if applicant signs with a mark)

Firma del testigo (Si se usó una marca)
Signature of Witness (if a mark was used)

Firma de la persona que le ayudó
(Representante autorizado, Guardián o portador de poder,
Intérprete, Traductor)
Signature of Person Who Helped
(Authorized Representative/Conservator/Guardian/
Power of Attorney/Interpreter/Translator)

Fecha
Date

PAQUETE DE INFORMACIÓN INFORMATION PACKET

UD. TIENE EL DERECHO A:

- Solicitar y discutir con el trabajador asignado o con su supervisor sobre cualquier acción tomada con respecto a su solicitud o caso.
 - Recibir asistencia de la persona que Ud. elija en el proceso de hacer solicitud.
 - Ser remitido a otras agencias privadas o públicas.
 - Ver una copia de las regulaciones del programa.
 - Llevar a cabo una entrevista en su hogar, en un lugar acordado mutuamente, o por teléfono.
 - Una acción oportuna con respecto a su solicitud para beneficios.
 - Recibir un aviso adecuado de cualquier acción que afecte su solicitud o su caso.
 - Una explicación completa de los requisitos y beneficios del programa.
 - Recibir asistencia médica (Medicaid) sin otra solicitud si Ud. es elegible y califica para la Ayuda para menores dependientes (ADC por sus siglas en inglés), O para la Ayuda para ancianos, ciegos y discapacitados (AABD por sus siglas en inglés).
 - Que se trate su información de manera confidencial.
-

UD. ES RESPONSABILIDAD DE:

- Proporcionar información completa y exacta. Ud. puede estar sujeto a penalidades criminales bajo leyes estatales o federales que apliquen si no brinda información completa y exacta. Ud. es principalmente responsable de proporcionar pruebas de la situación de su hogar, pero su trabajador le ayudará a obtener verificación si Ud. coopera con el proceso de solicitud.
 - Pagar un copago (cantidad que le corresponde al paciente) por ciertos servicios médicos si se lo requiere.
 - Pagar una tarifa a su proveedor de cuidado de niños, si se le requiere basado en sus ingresos.
 - Cooperar con el personal estatal y federal en una revisión de control de calidad.
 - Cooperar con el Programa de salud privada patrocinado por Nebraska (Nebraska Managed Care Program) para ciertos recipientes de Medicaid.
 - Cooperar con la Oficina encargada de ejecutar la manutención infantil de Nebraska.
 - Hacer preguntas si no entiende algo acerca de cualquier requisito del programa.
-

AUDIENCIAS IMPARCIALES

Si Ud. no está de acuerdo con cualquier acción tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) la cual afecta sus beneficios, puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o de forma oral a través de la oficina local. Puede continuar recibiendo el nivel de asistencia actual hasta que se tome una decisión SI (1) Ud. solicita una audiencia dentro de los primeros diez días después de la fecha del aviso por la agencia, y (2) solamente para los beneficios de SNAP, su periodo de certificación no se ha vencido. Una petición para una audiencia imparcial se debe hacer dentro de los primeros 90 días después de la acción o la falta de acción. Ud. o su representante tienen derecho a examinar el archivo de su caso. En la audiencia, Ud. puede representarse a sí mismo, o ser representado por otra persona.

DERECHOS CIVILES

De acuerdo con la ley federal y la póliza del Departamento de agricultura de los EE.UU. (USDA por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (DHHS por sus siglas en inglés), a esta institución le queda prohibido discriminar según raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Bajo la Ley de cupones para alimentos y la póliza del USDA, también se prohíbe discriminar según creencias religiosas o políticas.

Para presentar una queja de discriminación, contacte al USDA o al HHS. Escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410 o llame (800) 795-3272 (para hablar) o (202) 720-6382 (Teléfono de texto). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201 o llame (202) 619-0403 (para hablar) or (202) 619-3257 (Teléfono de texto). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores de igual oportunidad.

REGISTRO DEL VOTANTE

Por favor note que la información y la oficina en que hizo la solicitud permanecerán confidenciales y solamente serán usadas con los propósitos del registro del votante. El solicitar registro o no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia o servicios que le serán proporcionados por esta agencia. Si Ud. cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a no registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si quiere o no quiere registrarse o el hacer petición para votar, o a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja al:

Nebraska Secretary of State
State Capitol Building
Lincoln, NE 68509-4608
Número telefónico: (402) 471-2554

REPORTE DE LOS CAMBIOS PARA AABD, ADC, Y MEDICAID

(Esto incluye Kid's Connection y Children's Medical)

Repórtele todos los cambios a su trabajador asignado dentro de los primeros diez días después del cambio. Los cambios incluyen:

- Cambios en el hogar, si alguien se muda dentro o fuera del hogar
- Si Ud. se muda
- Trabajo nuevo
- Terminación o cambio de trabajo- incluyendo entrenamiento para el empleo u otras actividades de trabajo
- Cambio en la cantidad de ingresos mensuales
- Cambios en la discapacidad o incapacidad
- Cambio en su póliza de seguro médico
- Cambio de un recurso (no se requiere para Kids Conneciton o el Children's Medical)

REPORTE DE LOS CAMBIOS PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA BENEFITS (SNAP por sus siglas en inglés) {conocido antes como el Programa de Cupones para Alimentos}

Existen tres categorías de reporte en el programa SNAP: Reporte de cambio (CR por sus siglas en inglés), Informe simplificado (SR), y Informe sobre los beneficios en transición (TBR). Se determina la categoría de reporte que se le asignará según la situación de su hogar. En su Aviso de elegibilidad se le informará de la categoría de su reporte, periodo de certificación y los requisitos para hacer un reporte. Si su categoría de beneficios de SNAP cambia durante el periodo de certificación, recibirá otro aviso con el requisito de reporte para la nueva categoría. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para entender su aviso o categoría de reporte, contacte a su trabajador o elija Reporte de cambio en ACCESSNebraska.ne.gov en línea.

TARJETA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT por sus siglas en inglés)

Los beneficios de SNAP a través de una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT). Si Ud. ha perdido su tarjeta de EBT o la ha extraviado, por favor llame 1-877-247-6328 para pedir una tarjeta de reemplazo.

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL/ CIUDADANÍA

El DHHS pide los números de seguridad social (SSNs por sus siglas en inglés) de todos los individuos a quienes se les requiere según las leyes federales de la seguridad social y de cupones para alimentos. A los individuos que no solicitan asistencia para sí mismos no se les requiere tener o presentar un SSN. Si el individual es responsable económicamente de otros en la unidad de asistencia, el SSN se utilizará para verificar los ingresos y/o recursos con los datos que correspondan en la computadora tal como se han enumerado o a continuación u otros contactos para que se pueda determinar la elegibilidad de los individuos que pidan asistencia. Si no se provee el SSN, la unidad de asistencia debe asumir la responsabilidad de proveer la información necesaria para determinar elegibilidad de los individuos que están pidiendo asistencia. Cualquier SSN brindado se usará y será revelado de la misma manera que los SSNs de participantes que son elegibles. Para los beneficios de SNAP, se pueden revelar los SSNs a otras agencias federales y estatales para que hagan una inspección oficial y a los agentes del orden público con el propósito de detener a las personas que estén huyendo de la ley. Si un hogar ha recibido pago de más para los beneficios de SNAP, la información de esta petición, que incluye los SSNs, puede ser enviada a agencias federales y estatales, y también a las agencias de colección privadas para que colecten el dinero extra. Al SSN de cada persona en la unidad de asistencia que proporcione su SSN le será asignado alguno de los siguientes programas a través de una computadora con el fin de determinar elegibilidad: Registro civil, Indemnización de desempleo, Empleo, Manutención infantil, Recursos e Ingresos, Beneficios de seguro social (RSDI por sus siglas en inglés), Ingresos suplementarios de seguro social (SSI por sus siglas en inglés) y Beneficios para Veteranos.

Se verificarán estos servicios a través de la información recibida de las siguientes agencias: El Departamento de Salud y Servicios Humanos, El Departamento de Trabajo de Nebraska, La Administración de seguridad social, El Secretario del Tribunal, El Centro de pago para la Manutención Infantil, El Servicio de Recaudación de Impuestos (IRS por sus siglas en inglés) y La administración de los beneficios para veteranos.

La información recibida de estas agencias se usa y se verifica y puede afectar el tipo y la cantidad de asistencia que reciben los individuos. Los SSNs también se usan para corresponder con datos de la computadora y en las revisiones de los programas o las auditorías para asegurar que cada hogar reciba la cantidad correcta de beneficios. Estas investigaciones pueden resultar en que se tomen acciones penales o civiles o reclamos administrativos en contra de las personas que participen de manera fraudulenta.

Asistencia para el cuidado de niños, Servicios sociales para los ancianos y discapacitados (SSAD por sus siglas en inglés), y Servicios sociales para menores y familias (SSCF por sus siglas en inglés): No se requiere un SSN para solicitar estos programas y no se negará la elegibilidad si los SSNs no se presentan. Si se presenta un SSN, será usado para acumular series con el fin de hacer investigaciones que no identifiquen a los individuos y para verificar los ingresos.

Si Ud. está solicitando los beneficios de SNAP, Medicaid, o la Asistencia para el cuidado de niños, esta solicitud le pide que nos informe del estado de ciudadanía o de inmigración de las personas de su hogar. En cuanto a la Asistencia para el cuidado de niños, nos debe informar del estado de ciudadanía o de inmigración de los niños que recibirán asistencia. Esta solicitud también le pide que nos dé los Números de seguro social (SSNs) de cada persona del hogar. Los SSN nos ayudan a verificar información, tal como los ingresos. Si alguien en su hogar no tiene SSN, podemos ayudarles a que lo soliciten y no se tardará su solicitud. Solamente las personas que presenten información en cuanto al estado de inmigración y los SSNs pueden recibir los beneficios de SNAP y/o de Medicaid. Si algunos miembros de su hogar o de su familia no eligen darnos información sobre el estado de inmigración o su SSN, todavía deben brindarnos la información necesaria para determinar la elegibilidad de las otras personas de su hogar. Ud. puede retirar su petición para los beneficios para estas personas o puede retirar su solicitud completa.

MEDICAID

Medicaid

Responsabilidad de la tercera parte: Los individuos que reciben Asistencia médica (Medicaid) le han asignado al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) el derecho a cualquier asistencia médica u otro pago para cuidado médico, aceptan el cooperar con el DHHS para establecer paternidad y el cooperar con el DHHS para contactar a cualquier tercer parte que sea disponible, tal como cualquier pago de seguro o pago recompensado por la corte. Los beneficios de Medicare no son asignados. Los individuos deben cooperar con el DHHS para obtener reembolso por el costo de cuidado médico y para los servicios proporcionados a cualquier miembro de la unidad de asistencia. El no cooperar resultará en la terminación de la elegibilidad para asistencia médica para ese individuo. El DHHS renunciará el requisito de cooperación si determina que el individuo tiene buena causa para el negar cooperar. Si en cualquier momento Ud. quiere declarar buena causa, debe decirle a su trabajador que piensa que tiene buena causa. La buena causa se define como una declaración por el DHHS que el cooperar se opone al bienestar del menor o del individuo porque se anticipa que el cooperar resultará en represalia en contra de el/ellos, y causará daño físico o emocional al individuo o a otra persona. NEB. REV. STAT. §§ 68-716, 68-916, y 68-917.

Divulgación de los archivos médicos: Al solicitar, cualquier persona que tenga archivos e información o custodia de tales archivos en cuanto a los individuos que reciben Medicaid deben entregarlos al DHHS. Esta información se usará tal como dicho en el Aviso de prácticas en cuanto a la información privada.

Convenio en cuanto al reembolso de gastos médicos: Cuando el DHHS paga por los servicios dados a un individuo que recibe Medicaid, la cantidad que el DHHS ha pagado para tratar la herida o enfermedad se debe incluir en cualquier reclamo legal en contra una tercera parte. Si el individuo que recibe los beneficios de Medicaid recibe después un pago de seguro o de la corte, el DHHS debe ser notificado del pago y debe ser reembolsado el dinero del pago para la asistencia pagada previamente por el DHHS.

Medicaid:

- Muestre pruebas de su elegibilidad actual para Medicaid a los proveedores de tratamiento médico antes de obtener los servicios.
- Haga preguntas a su proveedor de tratamiento médico o a su trabajador sobre cuáles servicios se cubren.
- Infórmele a su trabajador y a sus proveedores de tratamiento médico sobre cualquier cobertura de seguro médico que tiene (incluye también la cobertura dental.)
- Acepte el matricularse en un plan de seguro médico que ofrezca su empleador si el DHHS determina que le conviene económicamente.
- Acepte el cumplir con los requisitos del cuidado de salud privada y patrocinada por Medicaid (Managed Care).
- Pague el costo de todos los gastos médicos que no se cubren.
- Si Ud. recibe cualquier cuenta o informe de parte de los proveedores [de tratamiento médico] o de las agencias de cobranza, Ud. es responsable de informarles de inmediato que Medicaid de Nebraska proporcione su cobertura.

Si no cumple con ciertas condiciones puede resultar en que Ud. sea responsable de pagar las cuentas.

Requisito de anualidad: Como condición para recibir cobertura de asistencia médica para los servicios de cuidado a largo plazo para Ud. o su cónyuge, el DHHS debe ser nombrado el beneficiario del resto de cualquier anualidad bajo los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

El Programa de Medicaid para la recuperación de propiedad del patrimonio (Medicaid Estate Recovery Program): Bajo la ley federal (Ley de seguridad social, título 19, sec. 1917 {42 U.S.C. 1396P}) y la ley estatal (Ley revisada de Nebraska 68-919), el Programa de Medicaid para la recuperación de propiedad del patrimonio autoriza al DHHS a hacer la recuperación de las propiedades del patrimonio de los clientes fallecidos de Medicaid que estaban en una institución permanente o que tenían la edad de 55 años cuando los beneficios fueron provistos. Las leyes federales y estatales permiten ciertas exenciones al Programa de asistencia médica para la recuperación de propiedad del patrimonio (471 NAC 38-000). Para más información o si tiene preguntas sobre los Programas de Medicaid para la recuperación de propiedad del patrimonio, debe contactar a su trabajador asignado por el DHHS y pedir el folleto del programa de “Medicaid Estate Recovery”.

REQUISITOS DE TRABAJO

Requisitos de trabajo para la Asistencia de menores dependientes (ADC por sus siglas en inglés)/ Empleo primero (Employees First o EF por sus siglas en inglés)

Si Ud. recibe Ayuda para menores dependientes (ADC) en efectivo, tiene que participar en actividades de trabajo aprobadas, a menos que califique para una exención. Si no coopera con los requisitos de trabajo, sus beneficios pueden ser reducidos o cancelados. Los recipientes de ADC serán requeridos a desarrollar y firmar un contrato individualizado de auto-suficiencia que identificará las metas y anotará los pasos necesarios para hacerse auto-suficiente económicamente.

Requisitos de trabajo para SNAP (Programa de asistencia para la nutrición suplementaria)

Si Ud. recibe los beneficios de SNAP y reside en un área del estado servido por el Programa de empleo y capacitación (E&T por sus siglas en inglés), tiene que participar en el programa a menos que califique para una exención. Si Ud. no participa en el programa y es la cabeza del hogar, recibirá una descalificación de requisito de trabajo y se terminarán los beneficios de SNAP de su hogar. Si Ud. no participa en el programa y no es la cabeza del hogar, recibirá una descalificación de requisito de trabajo y se le reducirán los beneficios de SNAP de su hogar.

UNIDAD DE RESPUESTA DE VOZ (VRU) 1-800-383-4278 o en Lincoln 402-323-7455

El VRU es un servicio automático de respuesta que le proveerá información acerca de su solicitud y/o beneficios. Este servicio está disponible para Ud. 24 horas por día, 7 días a la semana y lo puede acceder al marcar el número telefónico gratuito anotado anteriormente. La información en el VRU está disponible en inglés o en español.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS DE INFORMACIÓN

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELA CUIDADOSAMENTE. Vigente: 04/14/2003

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska, las Agencias que incluyen los centros de salud y programas de ayuda médica que están afiliadas bajo el control común de la Asociación de la Salud y Servicios Humanos de Nebraska, están obligados por la ley federal a mantener la privacidad de la información de salud protegida y a proporcionar notificación de sus deberes legales y prácticas privadas de salud protegida.

PRÁCTICAS Y USOS:

DHHS puede acceder, utilizar y compartir información médica con el propósito de :

- ❖ **Tratamiento:** Podemos utilizar la información médica para proporcionarle los servicios o tratamientos médicos. Por ejemplo; un doctor puede necesitar decirle al dietista o nutriólogo si usted tiene diabetes para que se prepare el menú apropiado.
- ❖ **Pagos:** Podemos utilizar y divulgar la información médica para que le cobren el tratamiento y los servicios que reciba. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica de una operación que recibió para que el hospital pueda ser reembolsado los gastos
- ❖ **Operaciones:** Podemos utilizar y revelar la información para operaciones médicas. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar su tratamiento y servicios y evaluar el comportamiento del personal.

OTROS USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIONES QUE SE PUEDEN HACER SIN CONSENTIMIENTO:

- ❖ **Requerido por la Ley:** Podemos utilizar o divulgar la información de salud protegida hasta el punto que éstos sean requeridos por la ley. Será notificado, si se requiere por la ley, de tales usos y divulgaciones.
- ❖ **Salud Pública:** Podemos divulgar la información de salud protegida para propósitos y actividades de salud pública a la autoridad competente autorizada por ley a recibir ésta.
- ❖ **Enfermedades Transmisibles:** Podemos divulgar la información de salud protegida, autorizada por ley, a cualquier persona que haya sido expuesta a una enfermedad transmisible o que corra el riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.
- ❖ **Supervisión de Salud:** Podemos divulgar la información de salud protegida a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley, u otras actividades necesarias para la supervisión apropiada del sistema de cuidado de salud, programas benéficos y regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.
- ❖ **Abuso o Negligencia:** Podemos divulgar la información de salud protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia. La divulgación contendrá lo solicitado por las leyes federales y estatales.
- ❖ **Procedimientos Legales:** Podemos divulgar la información de salud protegida durante cualquier procedimiento judicial o administrativo como respuesta a la orden del juzgado o tribunal administrativo (siempre y cuando sea autorizado), y en ciertas condiciones, como respuesta a una comparecencia, o a cualquier otro proceso legal.

- ❖ **Imposición de la Ley:** Podemos divulgar la información de salud protegida, siempre y cuando se apliquen los requisitos legales, para imponer la ley.
- ❖ **Administración de Comida y Drogas:** Podemos divulgar la información de salud protegida a una persona o compañía requerida por la Administración de Drogas y Alimentos.
- ❖ **Directores Funerarios, y Donaciones de Órganos:** Podemos divulgar información de salud protegida a un instructor médico con el propósito de identificación y determinación de la causa de muerte, o para que el instructor médico realice otras obligaciones requeridas por la ley.
- ❖ **Investigaciones:** Podemos divulgar su información de salud protegida, a investigadores, cuando las investigaciones hayan sido aprobadas por una junta institucional de revisión para asegurar la privacidad de su Información de Salud Protegida.
- ❖ **Actividad Criminal:** De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar la información de salud protegida si creemos que esto es necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.
- ❖ **Actividad Militar y Seguridad Nacional:** Cuando las condiciones apropiadas se apliquen, podemos utilizar o divulgar la información de salud protegida de individuos que formen parte del Personal de las Fuerzas Armadas.
- ❖ **Compensación del Trabajador:** Podemos divulgar la información de salud protegida como se autoriza para obedecer las leyes de compensación del trabajador y otros programas similares legalmente establecidos.
- ❖ **Presos:** Podemos utilizar o divulgar la información de salud protegida si usted es un preso de una instalación correccional mientras se le proporciona cuidado.
- ❖ **Usos y Divulgaciones Requeridos:** De acuerdo con la ley, debemos hacer divulgaciones cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU para investigar o determinar nuestro acuerdo con los requisitos de 45 CFR, Título II, Sección 164, et. Sec

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Puede autorizarnos por escrito la utilización de la información médica para otros propósitos, así mismo puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

DHHS, HIPAA Privacy and Security Office, P.O. Box 95026, 301 Centennial Mall South, 5th Floor, Lincoln, Nebraska 68509-5026

SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD:

- ❖ **Derecho a Inspeccionar y a Copiar:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar información médica que sea utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado. Normalmente, esto incluye facturas de pago y médicas pero no notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información médica, presente su petición por escrito en el Lugar de Servicio, o al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, HIPAA Oficina de Privacidad y Seguridad en la dirección arriba de esta Notificación. Si pide una copia de la información, podemos cobrarle por el costo de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados con su petición. Podemos negar su petición para inspeccionar y copiar en circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a información médica, puede pedir una revisión por la denegación. Para más información, llame al (402) 471-8417.
- ❖ **Derecho a una Enmienda.** Si siente que la información médica es incorrecta o incompleta, puede pedir que rectifiquemos la información. Tiene derecho a pedir una enmienda siempre y cuando la información esté guardada por o para DHHS. Para pedir una Enmienda, su petición debe hacerse por escrito en el Lugar de Servicio, o presentada al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, HIPAA Oficina de Privacidad y Seguridad a la dirección que encontrará arriba de esta Notificación. Además, debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negarle la petición de enmienda si no es por escrito y no incluye una razón. Además, podemos negarla si pide que enmienda información que:
 - ❖ No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que haya creado la información no esté más para hacer la rectificación;
 - ❖ No sea parte de la información médica guardada por o para DHHS;
 - ❖ No sea parte de la información de la que usted tiene permiso a inspeccionar y a copiar; o,
 - ❖ No sea precisa y completa.
- ❖ **Derecho a una Cuenta de Divulgaciones.** Tiene derecho de pedir una "cuenta de divulgaciones." Es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica. Para conseguir esta lista, usted debe presentar su petición por escrito en el Lugar de Servicio, o al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, HIPAA Oficina de Privacidad y Seguridad, dirección que encontrará arriba de esta notificación. Su petición debe exponer un periodo de tiempo que no debe de ser mayor a 6 años y no debe incluir fechas antes del 14 de Abril, 2003. Su petición debe indicar de qué manera quiere que la lista le sea proporcionada: por ejemplo, en papel, o por correo electrónico.
- ❖ **Derecho a Pedir Restricciones.** Tiene derecho a pedir una restricción o limitación de la información médica que nosotros utilicemos o divulguemos de su tratamiento, pagos, u operaciones de cuidado sanitario. También tiene derecho a pedir un límite en la información médica que divulguemos a quién esté involucrado en su cuidado o en el pago del mismo, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no utilicemos o divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido.

- ❖ **No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición para restricciones.** Si estamos de acuerdo, obedeceremos su petición, a menos que cierta información se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer la petición por escrito en el Lugar de Servicio, o al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, HIPAA Oficina de Privacidad y Seguridad en la dirección que encontrará arriba de esta notificación. En la petición debe incluir: (1) la información que quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos; y (3) a quién debemos aplicar los límites; por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.
- ❖ **Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales.** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo. Para pedir comunicaciones confidenciales, debe hacer su petición por escrito en el Lugar de Servicio, o al Estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, HIPAA Oficina de Privacidad y Seguridad en la dirección que encontrará arriba de este formulario. La petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede registrar una queja con DHHS o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU. Para registrar una queja con DHHS, puede contactar a nuestro contacto de privacidad, **HIPAA Oficina de Privacidad y Seguridad** al (402) 471-8417 de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:30 p.m., excepto los días festivos estatales, o hipaa.office@dhs.ne.gov para más información sobre el proceso de quejas. Para procesar una queja con HHS, contacte: Secretary, Health and Human Services, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR-PRIV (627-7748), 1-866-778-4989- TTY. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Cambios de la Notificación de las Prácticas de Información

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska reserva el derecho de rectificar esta Notificación en cualquier momento en el futuro. Hasta que tal rectificación sea hecha, DHHS está obligado por la ley a atenerse a los términos de esta Notificación.

Información de Contacto

Esta Notificación cumple los requisitos de "Notificación" de la Ley de Contabilidad y Portabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA), Regla Final de Privacidad. Si tiene preguntas sobre las prácticas de esta notificación de información de privacidad, o desea tener más información de prácticas de información en el estado de Nebraska, Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor diríjase a: The HIPAA Oficina de Privacidad y Seguridad, 301 Centennial Mall South, Lincoln, Nebraska, 68509-5026. Por correo electrónico a hipaa.office@dhs.ne.gov.

ESTA NOTIFICACIÓN ES DISPONIBLE EN LETRAS MÁS GRANDES Y CON UNA EXPLICACIÓN DETALLADA A SU PETICIÓN.